Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
Ghid de nursing cu tehnici de evaluare şi îngrijiri corespunzătoare nevoilor fundamentale / Lucreţia Titircă (coord.), Elena Dorobanţu, Gherghinica Gal. ... - Ed. a 7-a. - Bucureşti : Viaţa Medicală Românească, 2008-
2 vol.
ISBN 978-973-160-010-9
Vol. 1 : Tehnici de evaluare şi îngrijiri corespunzătoare nevoilor fundamentale. - 2008. - ISBN 978-973-160-009-3

I. Titircă, Lucreţia (coord.)
II. Gal, Gherghinica
III. Dorobanţu, Elena

614.253.5

Albert (Bende) Ágnes
Tünde

Redactor de carte: Dr. Mihail MIHAILIDE
Tehnoredactor: Ioan DUMITRENCO
Tehnoredactare computerizată şi coperta: Gina MANCIU
Corector: Constanţa MARINESCU

EDITURA „VIAŢA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ"
Bucureşti, sector 1, str. Ion Brezoianu nr. 27, et. 2, cod 010131
TELEFON: 315.61.09; FAX: 315.69.80

AUTORI:

LUCREŢIA TITIRCĂ
ELENA DOROBANŢU
GHERGHINICA GAL
MONICA SEUCHEA
MARIA ZAMFIR
GEORGETA BALTĂ
LUDMILA RACHIERU
LIANA PÂRVU
VALERIA GHIDU

COLABORATORI:

MARIANA ARDELEANU
MĂRIUCA IVAN
LAURA MUNTEANU
IULIANA VIŞOVAN
ILEANA CARMEN DINDELEGAN

GHID DE NURSING

CU TEHNICI DE EVALUARE ŞI ÎNGRIJIRI CORESPUNZĂTOARE NEVOILOR FUNDAMENTALE

Vol. I

Coordonator lucrare
LUCREŢIA TITIRCĂ



EDITURA VIAŢA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ
Bucureşti

GHID DE NURSING

CU TEHNICI DE EVALUARE ȘI ÎNGRIJIRI CORESPUNZĂTOARE NEVOILOR FUNDAMENTALE

NURSINGUL LA ÎNCEPUT DE MILENIU

Țin să apreciez dintru început apariția **„Ghidului de nursing cu tehnici de evaluare și îngrijiri corespunzătoare nevoilor fundamentale"** și să mulțumesc totodată, bine cunoscutei autoare **Lucreția Titircă** și la fel de valoroaselor sale colaboratoare, pentru această lucrare atât de utilă nu numai învățământului de nursing de la noi din țară, ci și tuturor asistentelor și asistenților medicali oriunde s-ar afla, studenților în medicină, medicilor de familie și oricărei persoane interesate să prevină îmbolnăvirile, să acorde primul ajutor sau să trateze și să vindece multe dintre îmbolnăvirile cu care ne confruntăm astăzi.

Mulțumesc, de asemenea, Editurii *„Viața Medicală Românească"* atât de receptivă în editarea și difuzarea acestor manuale de bază pentru dezvoltarea și aprofundarea studiilor de nursing.

Au trecut două decenii de când OMS a lansat sloganul *„Sănătate pentru toți în anul 2000"*. În cadrul Sesiunii internaționale de atunci, la care au participat 134 de țări membre, a fost subliniat locul aparte pe care-l ocupă cadrele sanitare medii, ca fiind grupul cel mai important, mai apropiat de populație și care poate influența legătura între sisteme și cerințe.

Iată că, acum, în pragul mileniului III, omenirea nu se poate felicita că a eradicat principalele boli infecto-contagioase și cu extindere în masă și nici că a stăvilit drumul spre cronicizarea foarte multor maladii (boli cardiovasculare, oncologice etc.), care determină scăderea duratei medii de viață și a speranței de supraviețuire.

Reorientarea către profilaxia primară impune noi metodologii în conceptul de pregătire, inclusiv pentru munca de prevenire și combatere a bolilor infecto-contagioase, cum ar fi: hepatitele (A, B, C, D), tuberculoza, BTS (boli cu transmitere sexuală), bolile ocazionate de deprinderi nocive – utilizarea alcoolului, a fumatului și a drogurilor majore.

Toate acestea se petrec cu o recrudescență nebănuită în perioada de tranziție către integrarea în UE a țărilor din sud-estul Europei, printre care și România. Iată de ce nevoia de formare a cât mai multor absolvente în cadrul școlilor de nursing devine cu atât mai acută cu cât și țările cu un standard de viață mai ridicat din Vest solicită cu insistență asemenea profesioniști, mai cu seamă din țara noastră.

Există, astăzi, foarte multe puncte pe globul pământesc în care se consumă tensiuni sociale și politice sau au loc războaie, terorismul fiind încă activ în numeroase zone ale lumii.

Există o creștere a pragmatismului și a competiției loiale – dar și neloiale – în viața socială. Există și o polarizare a nivelului de trai al oamenilor, o creștere a criminalității (organizate), a penetrației consumului de droguri, o revoluție a sexualizării (în sensul rău al cuvântului), a delincvenței minorilor și a tulburărilor psihice, ca o consecință a tuturor celor menționate anterior.

Programele dorite terapeutice, profilactice sau recuperatorii în domeniul ocrotirii sănătății nu se pot realiza fără munca în echipă și fără prezența brațelor devotate și calde ale nurselor.

De curajul, abnegația și dăruirea acestora este atât de mare nevoie acum, pentru ca fața lumii să fie ceva mai luminoasă.

Școala Sanitară Postliceală *„Carol Davila"*, care are 34 de filiale în județele țării, se poate mândri cu faptul de a fi fost admisă în Consiliul European de Nursing – înființat în 1899, cu sediul la Londra –, în anul 1999, și aceasta datorită standardelor pe care le-a onorat anual prin prezența delegaților săi la manifestările internaționale.

A trecut un secol pe parcursul căruia obiectivul său de bază a fost urmărit cu consecvență: menținerea îngrijirilor (prestații proprii cadrelor medii sanitare) la cel mai înalt nivel în toate țările lumii – membre și nemembre – prin educație, legi și practica profesioniștilor.

De-a lungul anilor, Comitetul Internațional pentru Nursing s-a preocupat, împreună cu asociațiile, de studiul activităților deosebite privind nursingul, a încurajat activitatea publicistică și a inițiat numeroase acțiuni alături de alte foruri naționale și internaționale (OMS, UNESCO, UNICEF etc.).

Depunerea jurământului la absolvirea școlii a fost un timp practicată și în țara noastră și reluată și de către Școala Sanitară Postliceală *„Carol Davila"* după decembrie 1992. Unul dintre texte, denumit în semn de mare prețuire „Jurământul lui Florence Nightingale", este următorul:

„Mă leg cu trup și suflet, în fața lui Dumnezeu și față de această adunare, că-mi voi petrece viața în cinste și că voi practica profesia mea cu loialitate.

Mă voi feri de tot ceea ce este rău și dăunător și nu voi întrebuința și nu voi da cu bună știință vreun leac vătămător.

Voi face tot ce stă în putința mea spre a păstra și ridica drapelul profesiei mele și voi ține în taină tot ceea ce mi se va încredința, precum și tot ce voi afla din treburile familiale în timpul profesiei mele.

Mă voi strădui să-i ajut cu loialitate pe medici în tratamentul prescris de ei și mă voi devota celor pe care îi îngrijesc".

Mi-aș mai îngădui să adresez prin această prefață un apel către cele trei departamente: Ministerul Sănătății și Familiei, Ministerul Educației și Cercetării, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, să încurajeze învățământul de nursing și, în urma controlului CNEAIP (Consiliul Național pentru Evaluarea și Acreditarea Învățământului Preuniversitar), să crească numărul de locuri în învățământul postliceal sanitar la toate disciplinele, inclusiv în cel de Asistență socială.

Felicitând încă o dată pe autoare și pe reprezentanții Editurii *„Viața Medicală Românească"* pentru munca lor deosebită, le doresc acel atribut pe care medicina Antichității îl asimilează celui mai eficient tratament: zâmbetul.

„Un zâmbet nu costă nimic, dar poate oferi mult. El ia numai o clipă, dar amintirea lui dăinuie uneori pentru todeauna.

Un zâmbet aduce fericire în casă, bunăvoință în muncă, este semnul prieteniei.

Un zâmbet nu poate fi împrumutat, cumpărat sau cerșit, pentru că el nu are valoare pentru nimeni până când nu este dăruit".

Unii oameni sunt prea obosiți ca să mai dăruiască un zâmbet. Dăruiți-le voi unul pentru că nimeni nu are mai mare nevoie decât cel care nu-l mai poate dărui.

Dr. Mioara MINCU,
medic primar,
director general al Școlii Sanitare Postliceale
„Carol Davila"

ÎMBINAREA ȘTIINȚEI CU VOCAȚIA DE NURSĂ

Îndreptarul de față se adresează în egală măsură cursanților de la școlile sanitare postliceale și asistenților medicali (profesori de nursing sau practicieni). Conceptul de îngrijire prezentat aici are la bază modelul elaborat de Virginia Henderson, completat, cu elemente dintr-o largă bibliografie de specialitate. Acest model îi poate ajuta pe asistenții medicali să se apropie și să-i cunoască mai bine pe beneficiarii îngrijirilor, să ofere îngrijiri mai bune, individualizate, complete și continue. De altfel, aceasta este direcția în care se orientează învățământul sanitar, în formarea de bază și continuă.

Elaborarea acestei lucrări a presupus mult curaj din partea autoarelor, dat fiind faptul că după 1989 au apărut la noi în țară o serie de surse de informații despre nursing și procesul de îngrijire, lucrări elaborate de autori americani, englezi, francezi și care au fost folosite în cadrul școlilor și în educația continuă a asistenților medicali.

Riscăm prin urmare să fim acuzați (mai mult sau mai puțin cu bună credință) că nu am clarificat și aprofundat în suficientă măsură noțiunile legate de procesul de nursing, de planul de îngrijire, cu toate implicațiile acestora. Este însă greu de crezut că în câteva pagini s-ar putea clarifica și epuiza toate modelele conceptuale, cu nuanțele și implicațiile lor.

Până acum, singurul teren comun de informare a asistenților din țara noastră în legătură cu noile noțiuni de nursing au fost atelierele-curs de perfecționare, cu sprijinul Ministerului Sănătății și Familiei. Prin aceste ateliere au putut fi pregătiți doar un mic număr de reprezentanți ai profesiunii de asistent medical. Oricum, materialele bibliografice primite sau aduse de asistenții care au fost în străinătate nu sunt suficiente pentru zecile de mii de asistenți și cursanți de la școlile sanitare postliceale. De aceea, am considerat că elaborarea unei lucrări care să constituie – așa cum reiese din titlu – un îndreptar, un ABC al nursingului, care să ajute la formarea și informarea asistenților medicali în conformitate cu orientările actuale în acest domeniu, ar putea fi de mare utilitate, un sprijin important pentru elevii școlilor sanitare și chiar pentru asistentele practiciene.

Diversitatea informațiilor a produs derută, mai ales în predarea nursing-ului, ajungându-se la situația – poate exagerat spus – în care avem „câte școli atâtea modele de predare a nursingului". De aceea am spus mai sus că a fost nevoie de mult curaj pentru a încerca să clarificăm, în câteva pagini, complexitatea aspectelor procesului de nursing, ale diagnosticului de nursing – teme care în literatura străină de specialitate sunt tratate pe sute și mii de pagini.

Toți cei care au încercat, cu diverse ocazii, să clarifice unele dintre subiectele abordate de noi, dar nu au avut curajul sau timpul necesar să-și sintetizeze eforturile într-un asemenea ghid, ar putea, pe bună dreptate, să exprime o serie de observații pertinente. Este un lucru firesc, și noi suntem conștienți de faptul că se pot aduce multe completări necesare, se pot face observații competente, pentru că există și alte modele bune care ar putea fi studiate, cu condiția să fie publicate în limba română, într-un tiraj suficient de mare.

Prezenta lucrare este doar un ghid ce nu are pretenția de a fi impus obligatoriu ca singurul model posibil.

Pentru această etapă, ne adresăm persoanelor de bună credință cu rugămintea de a primi această lucrare drept ceea ce se dorește, și nimic mai mult: un ajutor pentru învățarea teoretică a nursingului, o încercare de a fixa un limbaj profesional comun, standardizat, pentru ușurarea comunicării și clarificarea concluziilor – într-un cuvânt, un fir conducător ce poate fi continuat și dezvoltat cu noi cunoștințe acumulate de fiecare asistentă medicală cu preocupări și responsabilități în educație și formare.

* * *

Lucrarea de față oferă elevilor din școlile sanitare principiile care stau la baza actului de îngrijire, ajutându-i să le pună în aplicare cu cel mai înalt profesionalism. Noua tendință ce se manifestă azi în lume în domeniul nursingului, de practicare a unor îngrijiri autonome, cheamă asistentele să joace un rol nou, ce nu poate fi redus la simplul act de executare a unor tehnici de îngrijire, ci implică întregul efort de asigurare a unei stări de bine persoanei îngrijite, ajutorul acordat acesteia pentru menținerea stării de sănătate. Competența profesională se demonstrează prin cunoștințe teoretice aprofundate și capacitatea de a le aplica într-o activitate creatoare, de îngrijire individualizată, personalizată, completă și umană.

Autonomia asistentei în procesul de îngrijire demonstrează că asistentele sunt capabile de o judecată independentă în ceea ce privește îngrijirile de bază; autonomia nu înseamnă că asistenta pune un diagnostic medical sau prescrie un tratament, acestea rămân în continuare atribuții proprii ale medicului.

În același timp cunoștințele tehnice (investigații, tratament etc.) legate de rolul delegat al asistentei sunt indispensabile: nu se poate în nici un caz renunța la aceste cunoștințe în pregătirea elevilor de la școlile sanitare postliceale. Aceasta

pentru că asistenta colaborează cu medicul și are obligația să execute tratamentul prescris de acesta, chiar dacă are concomitent responsabilități și activități independente, cu rol propriu. De exemplu, la un pacient cu diagnostic medical de pneumonie, care prezintă hipertermie, șoc, hipoxie etc. asistenta are obligația să aplice tratamentul prescris de medic pentru afecțiuni. Dar riscul de deshidratare legat de hipertermie (manifestată prin limbă arsă etc.) fundamentează un diagnostic de îngrijire, al asistentei medicale, în baza căruia aceasta își planifică anumite acțiuni (îngrijirea cavității bucale, hidratarea repetată cu lichide, îngrijiri preventive pentru evitarea escarelor etc.). Ambele categorii de îngrijire (cele decurgând din rolul delegat și cele decurgând din rolul propriu) sunt la fel de importante.

Lucrarea de față nu urmărește să impună o linie de conduită rigidă (pentru că nu au putut fi clarificate toate aspectele); ea urmărește doar să incite la creativitate, oferind elemente de orientare pentru aplicarea în practică a unui concept teoretic adoptat astăzi în majoritatea țărilor.

Lucrarea încearcă mai ales să răspundă nevoii ca fiecare elev să aibă la dispoziție o bibliografie care să îl poată orienta în înțelegerea și clarificarea noțiunilor de bază. Aceasta îi dă posibilitatea profesorului de nursing să dezvolte și să completeze temele cu alte informații necesare. Elevii au în acest îndreptar un model conceptual care poate constitui un punct de pornire pentru reflexie, în vederea confruntării cu realitatea noastră, iar profesorul de nursing poate, în cadrul orelor de curs, să facă mai multe exerciții, să aprofundeze noțiunile și, în același timp, să predea și temele de tehnica îngrijirii bolnavului – teme la care nu se poate renunța.

Există multe controverse în legătură cu termenul cel mai potrivit pentru a defini „persoana îngrijită". Noi am folosit cu precădere termenul de „pacient" sau „persoană" în loc de individ, bolnav, client, beneficiar.

De asemenea, există mai multe variante în felul de a descrie „procesul de îngrijire". Nu este atât de importantă terminologia utilizată, nici numărul de etape propuse pentru a defini procesul de îngrijire: este importantă **logica** în care este aplicată metoda sistematică de lucru pentru abordarea problemelor de sănătate. Chiar și în acest îndreptar sunt abordări diferite.

Anexele la lucrare provin din surse bibliografice diferite, dar fiecare poate fi consultată și folosită pentru a ne obișnui cu depistarea problemelor persoanei îngrijite, cu elaborarea diagnosticului de îngrijire, a planului de îngrijiri. Odată dovedită utilitatea noului concept, este necesar să asigurăm posibilitatea introducerii și folosirii acestuia în practica asistentei medicale. Deocamdată poarta este doar întredeschisă.

Am subliniat și în contextul prezentării temelor că există multe aspecte de care asistenta medicală trebuie să țină seama atunci când formulează diagnosticul de

îngrijire. Trebuie să poată distinge clar între diferitele tipuri de probleme cu care pacientul este confruntat, pentru că nu toate aceste probleme se regăsesc în diagnosticul de îngrijire autonomă.

Pentru îngrijiri de calitate nu este însă suficientă cunoașterea teoretică a diagnosticului de îngrijire, care să rămână undeva scris, ci este nevoie de o gândire logică, care să permită utilizarea practică a planului de îngrijire – mijlocul cel mai eficient de comunicare între persoanele din echipa de îngrijire.

Este știut, procesul de îngrijire are drept scop o îngrijire științifică și începe cu culegerea datelor – dar la ce ne folosesc datele dacă rămân neutilizate? Trebuie deci să se determine problemele de dependență, cauzele, obiectivele potrivite și atunci aplicarea în practică a îngrijirilor va prinde sens. Competența și abilitatea asistentei constituie cheia aplicării realiste a procesului de îngrijire după un model științific. În fond, noi nu facem decât să regularizăm o situație de fapt.

Am repetat atât pe parcursul temelor scrise, cât și în acest cuvânt înainte că nu am putut să aprofundăm anumite capitole. Câte nu s-ar mai fi putut spune? Rămâne poarta deschisă pentru oricine dorește să dezvolte problema nursingului, să ofere spre publicare lucrări. Le așteptăm deci cu noutăți care nu sunt cuprinse în manualele existente.

Lucreția TITIRCĂ

PARTEA ÎNTÂI

NURSA

procesul de îngrijire (de nursing)

CAPITOLUL I

INTRODUCEREA ÎN PROFESIE

Îngrijirea bolnavului se pierde în negura timpurilor: în trecutul îndepărtat, când femeile pansau rănile bărbaţilor întorşi din luptă sau de la vânătoare; mai aproape de noi, în 1860, dată când începe istoria profesiunii noastre de îngrijire a bolnavului (soră-nursă-asistentă medicală), odată cu înfiinţarea primei şcoli de către *Florence Nightingale.*

Astăzi cu toată vechimea pe care o are – misiunea sa socială nu este totdeauna clară. Pentru unii, asistenta ajută medicul. Pentru alţii, ea practică o profesiune autonomă. Între aceste două extreme – rolul asistentei medicale este perceput şi descris divers. Timp îndelungat, ea nu s-a simţit obligată să se definească. Însă, rolul celor ce îngrijesc bolnavul a continuat şi continuă să evolueze.

1. NURSA	Reproducem câteva definiţii ale nursei: Astăzi – nursa* este definită de I.C.N. (C.I.I.)** astfel: 1. – este o persoană care: – a parcurs un program complet de formare, care a fost aprobat de Consiliul Asistenţilor Medicali; – a trecut cu succes examenele stabilite de Consiliul Asistenţilor Medicali; – îndeplineşte standardele stabilite de Consiliul Asistenţilor Medicali; – este autorizată să practice această profesie aşa cum este definită de Consiliul Asistenţilor Medicali, în concordanţă cu pregătirea şi experienţa sa; – este autorizată în îndeplinirea acelor proceduri şi funcţii care sunt impuse de îngrijirea sănătăţii în orice situaţii s-ar afla, dar să nu facă o procedură pentru care nu este calificată.

**Asistenţii medicali denumiţi în literatura anglofonă „registred nurse" iar în cea francofonă „infirmière diplomée". În această lucrare vom folosi atât termenul de nursă, cât şi cel de asistentă medicală. Ambele definesc aceeaşi profesie.*

***Consiliul internaţional al nurselor (I.C.N.), Consiliul internaţional al infirmierelor (C.I.I.), cuprinde 103 asociaţii din întreaga lume, mai mult de 1 milion asistenţi.*

Asistentele medicale *răspund* de propria lor activitate, de practica lor; *supraveghează* îngrijirile auxiliare și pregătirea elevilor. Deci – asistenta răspunde nu numai pentru ce face, dar și pentru categoriile auxiliare.

2. Nursa este pregătită printr-un program de studiu incluzând:

– promovarea sănătății
– prevenirea îmbolnăvirilor
– îngrijirea celui bolnav din punct de vedere fizic, mental, a celor cu deficiențe, indiferent de vârstă și în orice unitate sanitară sau în orice situație la nivel de comunitate.

Această definiție a devenit cunoscută și acceptată în toată lumea și în prezent este utilizată și în România pentru descrierea nursingului.

De reținut!

„Codul pentru asistentele medicale" descrie de asemenea 4 (patru) responsabilități, care definesc direcțiile importante și anume:

1. *promovarea* sănătății
2. *prevenirea* îmbolnăvirilor
3. *restabilirea* sănătății
4. *înlăturarea* suferinței

3. Nursa generalistă presupune:

– *o pregătire pluridisciplinară* – socială, tehnică, practică (în unități sanitare și pe teren în comunitate)
– *însușirea competențelor* de bază și nu numai cunoștințele
– să aibă *cunoștințe* de psihologie (să știe să încurajeze)
– să aibă *atitudine potrivită* față de pacient și familia sa
– să aibă preocuparea de *a înțelege* ceea ce simt ceilalți (capacitate de empatie)

Important!

Fenomenele urmărite în special de asistenta medicală sunt **reacțiile**:

– individuale
– familiale și
– de grup – la problemele actuale sau potențiale de sănătate.

Ea este ca o mamă ce acționează conform nevoilor copilului și trebuie adeseori să îndeplinească sarcini cât mai diverse. De aceea, asistenta medicală a fost denumită „mamă profesionistă".

2. NURSING definiția O.M.S.	Definiția prezentată de O.M.S. și I.C.N. stabilește că: 1) Nursingul este o parte integrantă a sistemului de îngrijire a sănătății cuprinzând: – promovarea sănătății – prevenirea bolii – îngrijirea persoanelor bolnave (fizic, mental, psihic, handicapați) de toate vârstele, în toate unitățile sanitare, așezările comunitare și în toate formele de asistență socială.
definiția Virginiei Henderson	2) Virginia Henderson definește nursingul astfel: „Să ajuți individul, fie acesta bolnav sau sănătos, să-și afle calea spre sănătate sau recuperare, să ajuți individul, fie bolnav sau sănătos, să-și folosească fiecare acțiune pentru a promova sănătatea sau recuperarea, cu condiția ca acesta să aibă tăria, voința sau cunoașterea, necesare pentru a o face, și să acționeze în așa fel încât acesta să-și poarte de grijă singur cât mai curând posibil".
definiția A.N.A.	3) A.N.A. (North American Association) dă următoarea definiție pentru nursingul comunitar: Nursingul comunitar nu este numai o sinteză a practicii de nursing și a educării în domeniul sănătății, ci are scopul de a menține și a stimula sănătatea populației. Îngrijirile au un caracter continuu. Îngrijirea este orientată asupra individului, a familiei sau a grupului și contribuie astfel la sănătatea întregii populații a zonei respective (sau oraș). Nursa aplică diverse metode pentru a menține și stimula sănătatea, coordonează activitatea în acest domeniu și stimulează continuitatea. Scopul ei este și acela de a-i apropia pe indivizi, familie sau diverse grupuri. Din această definiție reiese că intervențiile nursei nu se orientează doar spre pacienții individuali, ci cuprind și mediul social, afectiv și fizic al acestora.
3. ROLUL NURSEI	Prezentăm concepția Virginiei Henderson privind rolul esențial al asistentei medicale. „**Rolul esențial al asistentei medicale** *constă în a ajuta persoana bolnavă sau sănătoasă, să-și mențină sau recâștige sănătatea (sau să-l asiste în ultimele sale clipe) prin îndeplinirea sarcinilor pe care le-ar fi îndeplinit singur, dacă ar fi avut forța, voința sau cunoștințele necesare. Asistenta medicală trebuie să îndeplinească aceste funcții astfel încât pacientul să-și recâștige independența cât mai repede posibil*". V.H. – Principii fundamentale ale îngrijirii bolnavului.

	Precizare: O.M.S. descrie, de asemenea, rolul nursei în societate – și acesta este important pentru noi: *„Rolul nursei în societate este să asiste indivizi, familii și grupuri, să optimizeze și să integreze funcțiile fizice, mentale (psihice) și sociale, afectate semnificativ prin schimbări ale stării de sănătate".* Aceasta implică personalul de nursing în activitățile de asistență ce se referă la sănătate ca și la boală și care privesc întreaga durată a vieții de la concepție la moarte. Nursingul se ocupă deci de aspectele psihosomatice și psihosociale ale vieții, deoarece acestea afectează sănătatea, boala și moartea. De aceea, nursingul folosește cunoștințe și tehnici din științele fizice, sociale, medicale, biologice și umaniste (arta și știința). Personalul de nursing lucrează ca partener alături de lucrători de alte profesiuni și ocupații, ce participă la asigurarea sănătății în activități înrudite. Individul și, unde este cazul, familia sa vor trebui să fie implicate în toate aspectele – pentru menținerea unei bune sănătăți. (Din „Dezvoltarea Nursei Generaliste", Raport la o reuniune O.M.S., Copenhaga, februarie 1990).
4. FUNCȚIILE NURSEI de natură independentă	Funcțiile asistentei medicale sunt de natură: – independentă – dependentă – interdependentă **Funcțiile de natură independentă** Asistenta – asistă pacientul din proprie inițiativă, temporar sau definitiv în: a) – îngrijiri de confort, atunci când el nu-și poate îndeplini independent anumite funcții. Ajutorul asistentei este în funcție de vârstă, de natura bolii, de alte dificultăți, fizice, psihice sau sociale; b) – stabilește relații de încredere cu persoana îngrijită și cu aparținătorii (apropiații); c) – le transmite informații, învățăminte, ascultă pacientul și îl susține; d) – este alături de indivizi și colectivitate în vederea promovării unor condiții mai bune de viață și sănătate.
de natură dependentă	**Funcția de natură dependentă** La indicația medicului aplică metodele de observație, de tratament sau de readaptare, observă la pacient modificările provocate de boală sau tratament și le transmite medicului.

de natură interdependentă	**Funcția de natură interdependentă** Asistenta colaborează cu alți profesioniști din domeniul sanitar, social, educativ, administrativ etc. și participă la activități interdisciplinare. Exemplu: – acțiuni de depistare a tulburărilor de ordin fizic, psihic sau social; – acțiuni de educație pentru sănătate, de sensibilizare asupra responsabilității și asupra drepturilor pe care le are populația în materie de sănătate; – acțiuni de rezolvare a problemelor psihosociale; – acțiuni privind organizarea și gestionarea centrelor sau unităților de îngrijire. ***Precizare:*** *Pentru a răspunde nevoilor persoanelor și grupurilor cărora li se adresează îngrijirile, asistenta utilizează în practica profesională cunoștințele teoretice și practice medicale, cele de economie, informatică, psihologie, pedagogie etc.*
Alte funcții:	De aici se desprind câteva funcții specifice care sunt în statutul asistentei medicale și care se regăsesc în cadrul funcțiilor de natură: independentă, dependentă și interdependentă. Subliniem astfel:
profesională	a) *funcția profesională* – este vorba de rolul cel mai important al asistentei, acela de a se ocupa de pacient în scopul menținerii echilibrului sau de a face pentru el ceea ce el însuși nu poate. Aici sunt cuprinse funcțiile: • tehnică • preventivă • de umanizare a tehnicii • de psiholog, ca și funcțiile din codul asistentei medicale: – promovarea și menținerea sănătății – prevenirea îmbolnăvirilor – îngrijirea în situația îmbolnăvirii și recuperarea. Aceasta cere din partea asistentei: 1. să acorde direct îngrijirea 2. să educe pacienții 3. să educe alți profesioniști din sistemul sănătății 4. să participe plenar la activitatea echipei de asistență sanitară 5. să dezvolte practica nursingului pe baza gândirii critice și a cercetării.
educativă	b) *funcția educativă* – educare pentru sănătate Această funcție presupune, alături de calități psihologice și aptitudini pedagogice – de a ști să comunici, de a ști să fii convingător.

	Rolul educativ reiese şi din relaţiile pacient-asistent şi din relaţiile de muncă cu personalul în subordine, practicanţi, studenţi (educarea personalului de nursing).
economică	c) *funcţia economică* – de gestionare – gestionarea serviciului, organizarea timpului, precizarea priorităţilor de aprovizionare etc. Funcţia economică se realizează prin corelarea ei cu comportamentul etic.
de cercetare	d) *funcţia de cercetare* Această funcţie impune dezvoltarea unor calităţi specifice, dar şi aceasta pe fondul unei pregătiri profesionale şi morale superioare. Asistenta – ca participantă în echipa de cercetare alături de medic – devine o componentă importantă. Prin activitatea pe care o desfăşoară (multifactorială, multidisciplinară şi multisectorială), asistenta are atribuţia de identificare a domeniilor de cercetare şi, mai ales, cercetare de nursing. În cadrul funcţiei de natură interdependentă, asistenta (lucrează) colaborează cu personal din alte compartimente (administrativ, economic, serviciul plan-profesional), cu alţi profesionişti (educatori, psihologi, logopezi, profesori), fapt care-i permite să desfăşoare şi activităţi de cercetare. ***Notă:*** În „Nursingul în acţiune" de Jane Salvage, 1992, sunt descrise patru funcţii majore ale nursei. În anexa nr. 1 sunt definite detaliat alte funcţii, precum şi atribuţiile şi responsabilităţile nursei (Din „Dezvoltarea Nursei Generaliste", Raport la reuniunea O.M.S., Copenhaga, 1990).
5. DOMENII DE ACTIVITATE	Domenii de activitate pentru asistenta generalistă (cu pregătire pluridisciplinară): – Servicii de sănătate – staţionar – ambulatoriu – Învăţământ, cultură – Cercetare – Educaţie – Social-economic (condiţii de viaţă) – Administrativ – Demografie – Alimentar – Igienic

6. LOCUL DE MUNCĂ	1. *În comunitate şi ambulatoriu* – dispensar – urban – rural – policlinică – şcoli, grădiniţe, creşe, leagăne – cămine de bătrâni 2. *În staţionar* (secţii: interne, chirurgie, pediatrie, obst.- ginecologie etc.) 3. *Inspectoratele de poliţie sanitară* – igienă.

1. ASPECTE TEORETICE ALE PROCESULUI DE ÎNGRIJIRE (ALE NURSINGULUI)

Factorul decisiv pentru elaborarea unui cadru conceptual privind îngrijirile a fost orientarea către *o nouă concepţie* şi anume: **îngrijiri centrate nu pe sarcini, ci pe persoana îngrijită – considerată, în mod global, unitară.**

Asistenta trebuie să cunoască „global" individul, precum şi comunitatea în care acesta trăieşte.

Evoluţia îngrijirilor

Până la jumătatea secolului al XX-lea îngrijirile au fost tributare mai ales concepţiei religioase, moştenite din trecut.

Florence Nightingale a căutat să elibereze îngrijirile de impregnarea religioasă. A insistat pe faptul că:
– îngrijirile nu pot să demonstreze doar simpla caritate (mila)
– aceasta trebuie să cedeze locul unei înţelegeri a problemelor, bazată pe gândire.

Astfel, pentru prima oară în istoria îngrijirilor, practica acordării îngrijirilor devine obiectul „gândirii". În cartea sa „Note despre nursing", din 1859, Florence Nightingale descrie aceste îngrijiri.

Cu toate că formarea surorilor medicale a început – competenţa era limitată. Începând din 1930, progresele medicinii, chirurgiei au modificat conţinutul profesiei. Medicii au delegat o parte din actele (sarcinile) lor – surorilor. Pentru a face faţă solicitărilor, îngrijirile au fost reorganizate după principiul taylorismului, adică realizarea lor în serie. Din această cauză, bolnavul, care până atunci era în centrul preocupărilor, a trecut pe planul al doilea (activitatea nu mai era centrată pe pacient, ci pe sarcinile ce trebuiau îndeplinite. Penuria de surori accentuează această situaţie). Apoi dezvoltarea rapidă a ştiinţelor medicale, a tehnicii au contribuit la trecerea pacientului pe planul al doilea, punându-se accentul pe aspectele medicale, tehnice.

Astfel, îngrijirile sunt: – devalorizate
– trecute pe plan secundar
– lăsate adesea în sarcina ajutoarelor necalificate

S-a ajuns abia târziu la revalorizarea relaţiei între:
– cel îngrijit
– cel ce îngrijeşte.

Către sfârşitul anilor '70, curentul revalorizării relaţiei dintre cel îngrijit şi cel ce îngrijeşte influenţează surorile belgiene – graţie lucrărilor Virginiei Henderson care a descris necesităţile fundamentale ale omului, ca bază a îngrijirilor (publicaţii în anul 1955, apoi 1966, 1977) – 14 *Nevoi Fundamentale*.

Dar pentru descoperirea acestor necesităţi trebuie să intri în relaţie cu persoana îngrijită. Este ştiut că nu putem (este imposibil) să cunoaştem fiecare pacient – atâta timp cât îngrijirile acordate sunt efectuate în serie (sistem *taylorian*). Acestei concepţii noi (adică îngrijiri centrate nu pe sarcini, ci pe persoana îngrijită) i s-a acordat mare importanţă, ceea ce a făcut ca nursele să-şi organizeze munca în alt mod, adică în loc să se repartizeze sarcini, să se repartizeze bolnavi. Activitatea să fie astfel centrată pe PERSOANĂ.

Astfel, asistenta:
– să fie conştiinţa celui lipsit de conştiinţă
– ochiul pentru cel care şi-a pierdut vederea de curând
– mâna pentru cel căruia i-a fost amputată
– dragostea de viaţă pentru cel ce încearcă să se sinucidă
– să posede cunoştinţele necesare pentru tânăra mamă *(Principii de bază, Virginia Henderson)*.

Alte concepte de nursing

De-a lungul anilor s-au conturat numeroase teorii ale nursingului:

FLORENCE NIGHTINGALE (1820–1910) – teoriile sale se bazează pe conceptul de mediu înconjurător.

VIRGINIA HENDERSON (1897–1996) – dă definiţia nursingului, adoptată ulterior şi de ICN; conceptul său este despre cele 14 nevoi ale omului.

MYRA E. LEVINE (n. 1920) – teoria sa este deosebită prin enunţul celor patru principii (intervenţiile pacientului se bazează pe: 1. conservarea energiei pacientului; 2. conservarea integrităţii structurale a pacientului; 3. pe conservarea integrităţii personale (psihice) a pacientului şi 4. pe conservarea integrităţii sociale a pacientului şi prin introducerea cuvântului TROPHICOGNOSIS propus în locul termenului „diagnostic nursing", pe care îl respinge.

HILDEGARD PEPLAU (n. 1909) – teoriile sale sunt centrate pe relaţia terapeutică dintre nursă şi pacient, cele patru secvenţe identificate de Peplau în cadrul acestei relaţii interpersonale fiind: orientarea, identificarea, exploatarea, retragerea.

IMOGENE M. KING (n. 1923) – utilizând ca şi concept major persoana, King introduce trei sisteme dinamice ce interacţionează: individul, grupurile şi societatea.

BETTY NEUMAN – teoria sa este influenţată de conceptul de stres descris de Hans Selye şi propune două instrumente pentru studiul nursingului: gândirea inductivă şi abordarea deductivă.

MARTHA ROGERS (n. 1914) – teoria sa se bazează pe relaţia dintre om şi mediul înconjurător.

DOROTHEA OREM – foloseşte prima explicit termenul de autonomie în nursing.

SORA CALLISTA ROY (n. 1939) – conform teoriei sale, nursingul trebuie să fie centrat pe individ şi sistemul său adaptativ.

JEAN WATSON (n. 1940) – autorul identifică zece factori care influenţează structura, studierea şi înţelegerea nursingului ca ştiinţă a îngrijirii.

M. M. LEININGER – publică lucrări legate de nursingul transcultural.

2. REORIENTAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Organizaţia Mondială a Sănătăţii (O.M.S.) – creată în 1948 – este o instituţie specializată a Naţiunilor Unite, căreia îi revine pe plan internaţional responsabilitatea principală în probleme sanitare şi de sănătate publică. O.M.S. cuprinde 165 de ţări, (număr în continuă creştere, tot mai multe state, îndeosebi din cele care şi-au dobândit independenţa, urmând să facă parte din Organizaţie), repartizate în 6 birouri regionale.

Biroul regional al Europei (unul din cele 6 birouri regionale) cuprinde în prezent 50 de state membre, printre care şi România. *Pentru reorientarea serviciilor de sănătate* sunt importante următoarele hotărâri:

1) *Conferinţa de la Alma-Ata 1978*, unde s-a enunţat principiul I.P.S. (îngrijiri primare de sănătate) prin „Declaraţia de la Alma-Ata". Au urmat apoi:

2) *în 1979* lansarea strategiei mondiale „Santé pour tous d'ici l'an 2000" (Sănătate pentru toţi până în anul 2000).

3) *în 1984* statele membre ale regiunii europene au adoptat cele *„38 de obiective"* (scopuri) ale sănătăţii pentru toţi.

4) *Conferinţa de la Viena 21-24 iunie 1988* continuă să sensibilizeze nursele din toată Europa asupra modificărilor cerute în practica de îngrijire pentru atingerea celor 38 de obiective regionale.

Reamintim că la Conferinţa de la Alma-Ata (1978) a fost enunţat *principiul I.P.S. considerând prioritatea nr. 1 – Comunitatea.*

5) Rezoluţia Adunării Mondiale a Sănătăţii 45.5 din 1992 (vezi „Nursingul în acţiune" de J. Salvage).

3. ÎNGRIJIRI PRIMARE DE SĂNĂTATE (I.P.S.)

Definiţie: Prin I.P.S. înţelegem:
– îngrijiri esenţiale de sănătate
– accesibile tuturor persoanelor şi familiilor din comunitate
– prin mijloace ce le sunt acceptabile
– cu participarea lor plenară
– şi la un preţ de cost abordabil comunităţii şi ţării.

I.P.S. se sprijină pe comunitate.

Definiția comunității

Prin comunitate înțelegem ansamblul unei populații de pe un teritoriu geografic determinat, de care este legat prin interese și valori comune, având o formă de gestiune administrativă, iar membrii săi au interrelații cu grupuri sociale și instituții.

Comunitatea este locul de unde pleacă I.P.S.; indivizii, familiile și grupurile își asigură singuri responsabilitatea acțiunilor de sănătate. Pentru realizarea acestei strategii s-a considerat că este necesară schimbarea vechii concepții de asistență medicală, anume *concepția dinainte* de Conferința de la Alma-Ata când:

– acțiunile de sănătate au fost orientate spre lupta împotriva bolii;

– se acordă o pondere mai mare refacerii sănătății și nu menținerii și dezvoltării ei;

– îngrijirile erau limitate la partea medicală și în acest caz asistenta era un executant al indicațiilor medicale, *pierzându-și rolul* de bază în procesul de îngrijire. Dar îngrijirile persoanei nu presupun *numai funcții tehnice*, ci și cele de nursing, ce ne obligă să gândim.

În concepția actuală, se consideră că o bună asistență medicală (o bună îngrijire) presupune trecerea de la îngrijirile terapeutice (cărora li s-a acordat un loc prioritar în dauna îngrijirilor menite să mențină sănătatea, viața) trecerea deci la I.P.S.

I.P.S. – sunt denumite și îngrijiri de sănătate comunitare, pentru că solicită participarea comunității (membrilor acesteia). Deci omul în globalitatea sa, cu necesitățile sale bio-fiziologice, psiho-sociale, culturale și spirituale poate activa *ca un copartener și nu numai ca receptor pasiv* de diverse prestații.

I.P.S. favorizează îngrijiri complete, înglobând:

– promovarea sănătății
– prevenirea îmbolnăvirilor
– îngrijirile curative curente și obișnuite
– recuperarea
– urgențele

I.P.S. acoperă trei niveluri de intervenții și anume:

1) îngrijiri de prevenire *primară*
2) îngrijiri de prevenire *secundară*
3) îngrijiri de prevenire *terțiară*

Se poate vorbi și de intervenția de nivel 4 (patru), în cazul bolilor terminale (susținerea familiei etc.).

Nivelurile de intervenții:

Îngrijiri de prevenire primară	1. Prin prevenirea primară înțelegem: – menținerea și promovarea sănătății, precum și prevenirea îmbolnăvirilor. Intervenția asistentei urmărește: – educația sanitară (din toate punctele de vedere – alimentație, contracepție etc.) – prevenirea specifică (vaccinări, profilaxia unor boli)
Îngrijiri de prevenire secundară	2. Prevenirea secundară urmărește: – intervenții curative – pentru tratamentul bolilor și prevenirea agravării sau a complicațiilor. Rolul asistentei este să descopere problemele la timp (prin vizite acasă, în comunitate – nu așteptăm să ne caute oamenii, îi căutăm noi, prin controale periodice etc.)
Îngrijiri de prevenire terțiară	3. Prevenirea terțiară urmărește recuperarea. Rolul asistentei este să susțină persoana îngrijită pentru a se adapta la diferite dificultăți cauzate de problemele de sănătate – rol în recuperarea persoanei.

Atenție!

Este necesar să se facă o distincție între I.P.S. (vezi și definiția) – care au primit o importanță mai mare după Conferința de la Alma-Ata – și îngrijiri de prevenire primară (noțiune care este, de asemenea, definită mai sus).

Pentru asigurarea dezvoltării I.P.S. sunt necesare trei domenii de studiu și acțiune:

1. Identificarea a ceea ce înseamnă I.P.S.
2. Inițierea personalului sanitar, a consumatorilor în I.P.S.
3. Să facem cunoscută valoarea socială și economică a I.P.S.

1. Identificarea a ceea ce înseamnă I.P.S.	Necesitatea cunoașterii și studierii unui întreg ansamblu de caracteristici: – climatul, resurse de apă, caracteristicile populației, nivelul de educație a populației, categorii sociale, resurse economice, caracter urban sau rural, natura muncii efectuată de bărbat și femeie, incidența și prevalența unor boli, rețeaua serviciilor de sănătate
2. Inițierea personalului sanitar și a consumatorilor de I.P.S.	a) – pregătirea lucrătorilor sanitari pentru a înțelege I.P.S., indiferent că aceștia lucrează în mediu extraspitalicesc, în mediu spitalicesc sau sunt personal de instruire Este indispensabil ca aceștia să cunoască diferite medii de viață pentru colaborarea cu I.P.S. – mediul familial → domiciliul – mediu de muncă → activitatea bărbaților, femeilor – alte medii → cultural, petrecerea timpului liber etc. – mediu școlar → copii Pregătirea lucrătorilor sanitari și sociali pentru a lucra cu populația, nu pentru populație. Aceasta le impune: – să știe să asculte – să fie capabili să înțeleagă propunerile făcute (de indivizi, familii, grupuri)

	– să știe să utilizeze informațiile – să știe să alcătuiască un plan de îngrijire (sau acțiuni sanitare stabilite cu populația) – să învețe să muncească cu alte modele sociale diferit de cel ce îngrijește și cel îngrijit; conducător și salariat *Modele sociale stabilite pe relații de egalitate și recunoaștere reciprocă. Personalul din sistemul sanitar trebuie să învețe să renunțe la complexele de superioritate sau de inferioritate între diferitele categorii profesionale. Să învețe să cunoască valoarea socială a persoanelor care îndeplinesc alte profesii.* *Personalul din sistemul sanitar să nu-și asume un comportament de dominație față de consumatorii de prestații – spunându-le ce au de făcut – fără să-i asculte măcar ce au de spus.* ***Important*** Asistenta generalistă – a cărei activitate se desfășoară în comunitate, trebuie să mențină contacte regulate cu persoane, familii, grupuri, la domiciliu, la școală, la instituții (locuri de muncă), la locuri recreative. Asistentele trebuie să abordeze îngrijirile de așa natură, încât să satisfacă nevoile de sănătate ale pacientului, familiei, colectivității și societății. b) – populația trebuie pregătită să (lucreze) coopereze cu lucrătorii sanitari
3. Să se recunoască valoarea socială și economică a I.P.S. și a persoanelor care le acordă	Să studieze costul, incidența economică a I.P.S. ținând cont de: – durata timpului de muncă – mijloacele și tehnologiile necesare – cheltuieli (local, dotare etc.) – dotarea cu personal Expresia cercetării în comun – a lucrătorilor sanitari și a populației –, *cunoașterea necesităților de sănătate*

4. CADRUL CONCEPTUAL AL ÎNGRIJIRILOR

Orice activitate ce se dorește a fi profesională urmărește să se sprijine pe baze științifice. Cu toată diversitatea teoriilor și conceptelor despre îngrijiri (în profesiunea noastră), ele toate au o anumită înțelegere privind persoana îngrijită, sănătatea și îngrijirile (nursingul).

1. Conceptul despre om: este o ființă unică, având nevoi biologice, psihologice, sociale și culturale, o ființă în continuă schimbare și în interacțiune cu mediul său înconjurător, o ființă responsabilă, liberă și capabilă de a se adapta.

Concepția individului după Virginia Henderson: „Individul este o entitate bio-psiho-socială formând un TOT indivizibil (noțiune privind globalitatea individului). El are necesități fundamentale (comune tuturor) cu manifestări specifice pe care și le satisface singur dacă se simte bine. El tinde spre autonomie în satisfacerea necesităților sale".

2. Concepții privind sănătatea. Au fost formulate mai multe definiții ale sănătății:

Definiția O.M.S. a sănătății:

„Sănătatea este o stare de bine fizic, mental și social, ce nu constă numai în absența bolii sau a infirmității".

Alte definiții:

„Sănătatea este o stare în care necesitățile sunt satisfăcute în mod autonom, nu se limitează la absența bolii" (Virginia Henderson). „Sănătatea este o stare de echilibru bio-psiho-social, cultural și spiritual, stare de autonomie și independență, fără a fi egală cu absența bolii sau a infirmității –, este o stare dinamică ce dă posibilitatea unui organism de a rămâne în echilibru cu mediul extern și intern" (Dinamica se referă la capacitatea individului de adaptare la modificările mediului intern și extern.)

„Sănătatea reprezintă ansamblul forțelor biofizice, fizice afective, psihice și sociale, mobilizabile pentru a înfrunta, compensa și depăși boala."

3. Concepția despre boală: este ruperea echilibrului, armoniei, un semnal de alarmă tradus prin suferința fizică, psihică, o dificultate sau o inadaptare la o situație nouă, provizorie sau definitivă. Este un eveniment putând merge până la respingerea socială a omului din anturajul său.

5. COMPETENȚA ASISTENTEI MEDICALE

Practicarea unor îngrijiri de calitate presupune multe cunoștințe și *elemente de competență*:

1. Cunoașterea unui model conceptual de îngrijire (de nursing)
2. Cunoștințele acumulate
3. Cunoașterea demersului științific

1. Cunoașterea unui model conceptual de îngrijire	***Definiție:*** *Un model conceptual este un ansamblu de concepte, o imagine mentală care favorizează reprezentarea realității.* Modelul conceptual (cadrul conceptual) este deci o dimensiune esențială de bază care ne permite să aplicăm „filosofia noastră" privind îngrijirile. Nu poate să fie altfel, deoarece cadrul conceptual este stabilit pe bază de postulate, valori și elemente. Pentru a defini cadrul conceptual al unei profesiuni – oricare ar fi câmpul ei de acțiune – este necesar mai întâi să se precizeze următoarele elemente: 1. scopul profesiei 2. țelul activității sale: beneficiarul

	3. rolul său 4. dificultăţi întâlnite la pacienţii de care se ocupă (sursele de dificultate puse în evidenţă de asistentă – legate de: lipsa de forţă fizică, voinţă sau lipsa de cunoştinţe) 5. natura intervenţiei acordată pacientului (de: înlocuire, suplinire, ajutare, întărirea forţei, sporirea forţei) 6. consecinţele acestei acţiuni Aceste elemente – când se organizează într-o structură teoretică globală – devin cadrul său conceptual (sau modelul său conceptual – în cazul nostru, al nursingului)
2. Cunoştinţele acumulate	*Ştiinţifice* – cunoştinţele ştiinţifice – acumulate pe parcursul formării asistentei, o ajută la înţelegerea fiinţei umane în dimensiunile sale fizice, intelectuale şi afective. Ele furnizează, de asemenea, explicaţii asupra mediului fizic şi social. *Tehnice* – noţiuni şi abilităţi tehnice – se referă la procedeele metodice şi ştiinţifice care servesc la promovarea sănătăţii şi combaterea bolilor. *Relaţionale* – cunoştinţele relaţionale – se referă la capacitatea asistentei de a stabili relaţii cu pacienţii, de a crea un climat propice unor relaţii calde de umanitate. De asemenea, de a şti să colaboreze cu anturajul pacientului (familie, prieteni), de a lucra într-o echipă multidisciplinară şi de a lucra în comunitate. *Etice* – cunoştinţele etice – sunt legate de ansamblul de norme şi principii referitoare la valorile morale ale persoanei şi profesiei şi care reglează buna conduită a asistentei. *Legislative* – cunoştinţele legislative – referitoare mai ales la reglementările şi directivele incluse în legi, în vederea protejării asistentei şi a pacientului.
3. Cunoaşterea demersului ştiinţific	Demersul ştiinţific este un instrument de investigaţie, de analiză, de interpretare, de planificare şi de evaluare a îngrijirilor. Cunoaşterea demersului ştiinţific aplicat în îngrijirea individualizată a pacienţilor îi va permite asistentei să ajungă la continuitate şi la planificarea unor îngrijiri de calitate. Instrumentul logic şi sistematic pe care-l utilizează nursingul este *demersul ştiinţific*.

De reţinut

Toate competenţele pornesc de la cunoaşterea conceptului (modelului conceptual) de îngrijire. Termenul: *concept de îngrijire* este sinonim cu:

- model de nursing
- cadru conceptual
- model conceptual

CAPITOLUL II

MODELUL CONCEPTUAL AL VIRGINIEI HENDERSON

Precizarea conceptelor-cheie ale acestui model:

– Individul bolnav sau sănătos este văzut ca un tot complet prezentând 14 nevoi fundamentale pe care trebuie să şi le satisfacă;

– Scopul îngrijirilor este de a păstra sau a restabili independenţa individului în satisfacerea acestor nevoi;

– Rolul asistentei (vezi definiţia de la pag. 15) este suplinirea a ceea ce el nu poate să facă singur.

Un model conceptual pentru o profesie reprezintă (aşa cum am mai spus) *o imagine mentală* a profesiei, o concepţie a ceea ce ar putea sau ar trebui să fie.

Un model conceptual este o abstracţie, o creaţie a spiritului.

1. COMPONENTELE ESENTIALE ALE UNUI MODEL CONCEPTUAL

Componentele esenţiale ale unui model conceptual sunt următoarele:

- postulate
- valori
- elemente a) scopul profesiei
  b) ţelul activităţii (beneficiarul)
  c) rolul activităţii
  d) dificultăţi întâlnite de pacient (sursa de dificultate)
  e) intervenţia acordată
  f) consecinţele

Postulate	Postulatele sunt suportul teoretic şi ştiinţific al modelului conceptual. Enunţuri pentru susţinerea altor enunţuri. Ele sunt recunoscute şi acceptate (nu trebuie demonstrate). Postulatele pe care se bazează modelul Virginiei Henderson sunt: – orice fiinţă umană tinde spre independenţă şi o doreşte – individul formează un tot caracterizat prin nevoi fundamentale – când una din nevoi rămâne nesatisfăcută, individul nu este „complet", „întreg", „independent".

Valori sau credințe	Modelul Virginiei Henderson este susținut de trei valori: ● asistenta posedă funcții care sunt proprii ● când asistenta preia din rolul medicului, ea cedează o parte din funcțiile sale unui personal necalificat ● societatea așteaptă un serviciu din partea asistentelor, pe care nu poate să-l primească de la nici un alt personal
Elemente	Cele șase elemente care dau sens vieții profesionale: ***1. Scopul profesiei este:*** – de a ajuta pacientul să-și conserve sau să-și restabilească independența sa, în așa fel ca el să poată să-și satisfacă nevoile prin el însuși; – de a favoriza vindecarea; – de a asista muribundul spre un sfârșit demn. Membrii acestei profesii tind spre un ideal. Fiind însă realiști, neputând să-l atingă – acceptă să desfășoare activități limitate care au scopul de a conserva sau a restabili independența persoanelor îngrijite. ***2. Obiectivul*** activității profesionale este beneficiarul – adică persoana sau grupul de persoane spre care este îndreptată activitatea. *În atingerea obiectivului se ține cont de faptul că individul, bolnav sau sănătos, formează un tot cu nevoi comune tuturor ființelor umane, dar și de faptul că manifestarea nevoilor este diferită de la un individ la altul.* ***3. Rolul profesiei*** – desemnează rolul *social* pe care-l au membrii profesiei. Rolul asistentei este de *suplinire* a dependenței (a ceea ce nu poate să facă persoana), de a încerca să *înlocuiască* necesitatea în așa fel ca persoana să poată să-și satisfacă cerințele mai ușor și fără handicap. ***4. Sursa de dificultate*** Dificultățile întâlnite la pacient, care fac ca persoana să nu poată răspunde la una din nevoile sale, sunt cauzate de o lipsă: – de forță – de voință – de cunoștințe *Aceste dificultăți țin de competența asistentei și este important de știut de care lipsă este dată sursa de dificultate. Dar dificultățile întâlnite de pacient nu sunt toate legate de profesiunea noastră.*

	5. Intervenția aplicată persoanei – asistenta nu trebuie să piardă din vedere omul în globalitatea sa. Intervenția va fi orientată asupra „lipsei" și constă în a spori (crește) independența persoanei. Este inițiativa noastră proprie. ***6. Consecințele*** – sunt rezultatele obținute → „ameliorarea" dependenței sau – „câștigarea" independenței → atingerea scopului.

2. NEVOILE FUNDAMENTALE

Generalități

Fără îndoială, există anumite nevoi fundamentale comune tuturor ființelor umane, care trebuie satisfăcute pentru a atinge un nivel optim de bunăstare.

Cadrul conceptual al Virginiei Henderson pornește de la *existența unor necesități fiziologice și aspirații ale ființei umane* – numite nevoi fundamentale.

Nevoile fundamentale și dimensiunile bio-psiho-sociale, culturale și spirituale

Cadrul conceptual al *Virginiei Henderson* se bazează pe definirea celor 14 nevoi fundamentale, cu componentele bio-psiho-sociale, culturale și spirituale ale individului.

Atingerea de către pacient a independenței în satisfacerea acestor nevoi este țelul profesiei de asistentă medicală.

Pentru a aplica modelul conceptual al Virginiei Henderson, asistenta trebuie să știe că: o nevoie fundamentală este o *necesitate vitală, esențială a ființei umane* pentru a-și asigura starea de bine, în apărarea fizică și mentală.

Cele 14 nevoi fundamentale sunt:

1. a respira și a avea o bună circulație
2. a bea și a mânca
3. a elimina
4. a se mișca și a avea o bună postură
5. a dormi și a se odihni
6. a se îmbrăca și dezbrăca
7. a-și menține temperatura corpului în limite normale
8. a fi curat, îngrijit, de a proteja tegumentele și mucoasele
9. a evita pericolele
10. a comunica
11. a acționa conform propriilor convingeri și valori, de a practica religia
12. a fi preocupat în vederea realizării
13. a se recrea
14. a învăța cum să-ți păstrezi sănătatea

Fiecare din aceste nevoi comportă diferite dimensiuni ale ființei umane anume:
- o dimensiune biologică (biofiziologică)
- o dimensiune psihologică
- o dimensiune sociologică
- o dimensiune culturală } → cultural-spirituală
- o dimensiune spirituală

Cele 14 nevoi fundamentale îmbracă forme foarte variate după: individ, starea sa de sănătate, maturitatea sa, obiceiuri personale și culturale. Fiecare nevoie prezintă componente bio-fizico-psiho-socio-culturale.

Cele 14 nevoi formează un tot: a considera o nevoie făcând abstracție de celelalte constituie o negație a „totului"; a încerca să separi fizicul de psihic e inutil.

După conceptul *Virginiei Henderson,* scopul ideal al profesiunii de asistentă este independența persoanei în satisfacerea celor 14 nevoi fundamentale.

- Asistenta care vrea să personalizeze îngrijirile trebuie deci să țină seama de diversele dimensiuni implicate și de interacțiunea între nevoi. *Satisfacerea sau nesatisfacerea unei nevoi are consecințe asupra satisfacerii sau nesatisfacerii celorlalte nevoi.*

O nevoie nesatisfăcută poate să pară (sau să fie) de ordin bio-fiziologic, dar aceasta *nu înseamnă că este singura dimensiune interesată.* De exemplu: nevoia de a elimina comportă și o dimensiune psihologică – nevoia de intimitate pe care o resimte persoana sau tensiunea nervoasă care se repercutează, de asemenea, comportă și dimensiunea cultural-spirituală:
- prin valoarea acordată igienei în anumite culturi
- sau legat de anumite obișnuințe și ritualuri.

- În clasificarea nevoilor, după Virginia Henderson, circulația este alăturată nevoii de a se mișca. Dată fiind însă legătura fiziologică care unește funcția cardiorespiratorie – unii preferă să alăture funcția circulatorie la nevoia de a respira. Ni se pare logic.

- O altă problemă care nu este specificată este sexualitatea. Se consideră că faptul de a comunica înglobează sexualitatea, aceasta fiind un mijloc de combatere a solitudinii ființei și de a comunica la nivelul corpului său.

În concluzie – dimensiunile pot modifica manifestările de satisfacere a fiecăreia dintre nevoi. Pot deci influența satisfacerea nevoilor fundamentale.

De exemplu:

Pentru nevoia de *a se alimenta* reamintim factorii dimensiunii psihologice, socio-culturale și chiar religioase (spirituale) care pot influența satisfacerea nevoii.

Dimensiunea psihologică
- factori psihologici ca: frica, anxietatea, emoția, repulsia pentru anumite alimente

Dimensiunea socio-culturală
- climatul familial în timpul mesei, obiceiuri alimentare legate de familie sau cultură, importanța acordată alimentației.

Dimensiunea spirituală (religioasă)
- restricția alimentară impusă pentru anumite religii (de exemplu, carnea de porc la evrei).

3. CLASIFICAREA NEVOILOR UMANE DUPĂ TEORIA LUI MASLOW

Abraham Maslow, psiholog și umanist american, afirmă că există *cinci categorii de nevoi* umane, ierarhizate, în ordinea priorităților (vezi pagina 32), astfel:
1. Nevoi fiziologice
2. Nevoi de siguranță
3. Nevoia de apartenență
4. Nevoia de recunoaștere socială
5. Nevoia de realizare (depășire)

După această teorie, trebuie să fie satisfăcute întâi nevoile de bază (toate sau cea mai mare parte) – fiziologice și de securitate – pentru ca persoana să poată tinde spre satisfacerea nevoilor de ordin superior – apartenența, stima, realizarea (depășirea).

4. NEVOIA ȘI HOMEOSTAZIA

Satisfacerea în ansamblu a nevoilor unei persoane permite conservarea în *stare de echilibru* a diverselor sale *procese fiziologice și psihologice.*

Nevoia: stare care cere un aport, o ușurare, lipsa unui lucru de necesitate, de dorință (dorit, vrut), de utilitate.

Definiția homeostaziei:

Este o stare de echilibru și de autoreglare care se instalează între diverse procese fiziologice ale persoanei. Acest concept se extinde, de asemenea, și la procesele psiho-sociologice.

Astfel, azi se vorbește de – homeostazie fiziologică și de
– homeostazie psiho-socială a individului.

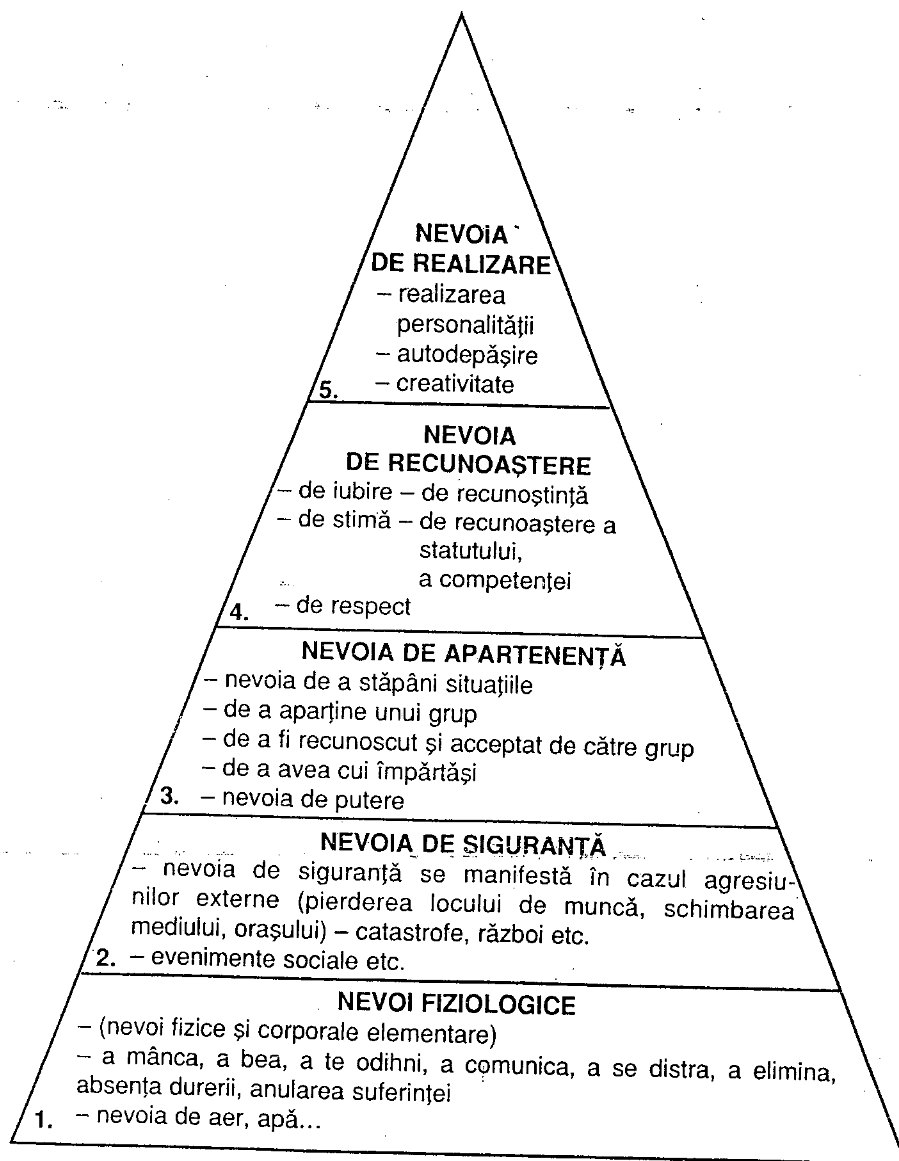
Evoluția spre o nevoie superioară nu se poate realiza pe deplin decât atunci când nevoia inferioară este satisfăcută.

Nesatisfacerea unei nevoi fie de ordin fiziologic sau psihologic este susceptibilă de a avea repercusiuni la una sau mai multe nevoi.

Exemplu de autoreglare (transpirația în febră): – o eliminare insuficientă a acidului uric poate provoca un oarecare grad de acidoză metabolică pe care nevoia de a respira va încerca să o compenseze printr-o respirație rapidă și profundă, antrenând astfel o mai mare eliminare de CO_2 și o restabilire posibilă a echilibrului acido-bazic.

Exemplu cu efect mai puțin favorabil în procesul de autoreglare: o persoană care nu se poate mișca va avea apetitul scăzut, capacitatea pulmonară redusă, motilitatea intestinală încetinită, tonusul psihologic scăzut... și deci homeostazia proceselor fiziologice și psihologice poate fi perturbată.

Ierarhizarea nevoilor după ABRAHAM MASLOW



Evoluția spre o nevoie superioară nu se poate realiza pe deplin decât atunci când nevoia inferioară este satisfăcută.

5. INDEPENDENȚA ȘI DEPENDENȚA ÎN SATISFACEREA NEVOILOR FUNDAMENTALE

Ca să-și mențină un echilibru fiziologic și psihologic, pacientul trebuie să atingă un nivel minim de satisfacere a nevoilor sale.

Independența la adult	*Atingerea unui nivel acceptabil în satisfacerea nevoilor* (un bun echilibru fiziologic și psihologic) prin acțiuni pe care le îndeplinește individul însuși (singur), fără ajutorul unei alte persoane. Independența este deci satisfacerea uneia sau mai multor nevoi prin acțiuni proprii, îndeplinite de persoana însăși. Pentru copii, independență se consideră și atunci când nevoile sunt îndeplinite cu ajutorul altora (de către alții) în funcție de faza de creștere și de dezvoltare a copilului.
Dependența	*Incapacitatea persoanei de a adopta comportamente* sau de a îndeplini singur, fără ajutorul unei alte persoane, acțiuni care să-i permită un *nivel acceptabil* în satisfacerea nevoilor astfel încât să fie independent. Originea probabilă a acestei dependențe este o lipsă de forță (când pacientul nu poate), lipsă de voință (când nu vrea), lipsă de cunoaștere (când pacientul nu știe cum să acționeze pentru satisfacerea nevoilor fundamentale). ***Observație:*** Asistenta știe că propria sa competență nu este suficientă în vastul domeniu al sănătății. Așa, de exemplu, în cazul unui pacient nesatisfăcut prin lipsa de bani, de locuință, căldură, intervenția asistentei este limitată. De aceea, ea recunoaște competența altor profesioniști cu care lucrează interdependent. ***Important de reținut:*** Noțiunea de „nivel acceptabil în satisfacerea nevoilor" înseamnă că poate exista un oarecare grad de insatisfacție fără ca acest lucru să presupună o dependență a persoanei. ***De exemplu:*** o persoană este independentă dacă folosește într-un mod adecvat, fără ajutorul altei persoane, un aparat, un dispozitiv, o proteză (proteză auditivă, oculară, dentară, cârjă, sac de stomie, membru artificial etc.), fapt care-i permite să manifeste o stare de bine – deci este independentă. Dependența apare din momentul în care persoana trebuie să recurgă la altă persoană pentru a utiliza un aparat, un dispozitiv de susținere sau o proteză. *O altă precizare:* se consideră că este eronat să calificăm pacientul „dependent", de aceea este preferabil să se spună ***„problemă de dependență"***.

Manifestarea de dependență	Atunci când o nevoie fundamentală este nesatisfăcută din cauza unei surse de dificultate, apar una sau mai multe manifestări de dependență. Acestea sunt *semne observabile ale unei anumite incapacități a persoanei de a răspunde prin el însuși la această nevoie* (vezi Anexa 2). ***Exemplu:*** incapacitatea unei persoane să-și protejeze tegumentele poate duce la roșeață sau la leziune = este o *manifestare de dependență* față de această nevoie, sau – incapacitatea de a comunica poate produce, de asemenea, manifestări de dependență care pot conduce la *izolarea socială*. Dependența unei persoane trebuie să fie considerată (apreciată) nu numai în raport cu intensitatea sa, dar și în raport cu durata sa (de la câteva zile la ani de zile). Astfel ea (dependența) poate fi: moderată sau totală, temporară sau permanentă.

Clasificarea nivelurilor de dependență

Nivelul de dependență (indicele de gravitate) al persoanei îngrijite se poate determina după evaluarea funcției de independență/dependență a fiecărei nevoi fundamentale, după următorul tabel:

Tabel de corespondență a nivelurilor de dependență

Niveluri de dependență	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
	Persoana este independentă și **autonomă**	Persoana prezintă o dependență **moderată**	Persoana prezintă o dependență **majoră**	Persoana prezintă o dependență **totală**

Fiecare nevoie fundamentală poate fi încadrată într-una dintre cele patru categorii.

Totalul de puncte obținut permite clasificarea pacienților în patru categorii de dependență, astfel:

Clasificarea în patru categorii de dependență

persoană independentă	până la 14	= nivel 1
pacient cu dependență moderată:	de la 15 la 28	= nivel 2
pacient cu dependență majoră:	de la 29 la 42	= nivel 3
pacient cu dependență totală:	de la 43 la 56	= nivel 4

Importanța practică:

Evaluarea nivelului de dependență a pacientului folosește ca instrument de măsură pentru a ne orienta în procesul de îngrijire. Astfel, consemnarea și urmărirea nivelului de dependență ne permite aprecierea rezultatului obținut în urma tratamentului și intervențiilor de îngrijire.

Determinarea și consemnarea nivelului de dependență se pot face și numai pentru una sau mai multe dintre nevoile nesatisfăcute, acordând nevoii respective punctaj de la 1 la 4, fără să se mai facă totalizarea punctelor.

Tipuri de dependență și nivelul de intervenție

Dependența poate să intereseze aspectul biologic, psihologic, social, cultural și spiritual al ființei umane. Pacientul poate să prezinte patru forme de dependență:
- potențială
- actuală
- descrescândă
- permanentă

Această problemă trebuie să fie considerată sub unghiul celor 3 (trei) niveluri de intervenții – deja menționate: prevenirea primară, secundară și terțiară.

Potențială	Dacă problema de dependență este posibil să apară din cauza anumitor predispoziții, atunci vorbim de o stare de dependență POTENȚIALĂ. În acest caz trebuie planificată o intervenție. ***Exemplu:*** la un pacient subalimentat, imobilizat, poate ușor să apară roșeață sau răni prin presiune (escară). O acțiune *preventivă* poate evita această problemă de dependență.
Actuală	În același timp, dacă problema este prezentă, dependența este ACTUALĂ. – în acest caz acțiunile vor fi *corective.*
Descrescândă	Când dependența pacientului se reduce este în DESCREȘTERE – rolul asistentei în acest caz este de *a susține* acest progres și de a ajuta pacientul să-și regăsească gradul *optimal de autonomie.*
Permanentă	Dacă în ciuda îngrijirilor din partea asistentei problema nu poate fi corectată, dependența este atunci PERMANENTĂ sau CRONICĂ (exemplu în paraplegie). Rolul asistentei este în acest caz *suplinirea* a ceea ce el nu poate face independent și de a-l ajuta să se adapteze în aceste limite.

6. SURSELE DE DIFICULTATE

Sursele de dificultate se definesc ca fiind cauza dependenței = *orice obstacol major care împiedică satisfacerea uneia sau mai multor nevoi fundamentale* constituie o sursă de dificultate. Sursele de dificultate pot fi cauzate de:

1. Factori de ordin *fizic*
2. Factori de ordin *psihologic*
3. Factori de ordin *social*
4. Factori de ordin *spiritual*
5. Factori legați de *insuficiente cunoștințe* (vezi Anexa 4)

– de ordin fizic	*1. Sursele de dificultate de ordin fizic* cuprind toate obstacolele (piedicile) fizice de natură intrinsecă sau extrinsecă ce influențează negativ satisfacerea uneia sau mai multor nevoi fundamentale. Sursele de dificultate intrinseci provin de la individul însuși. Poate fi vorba de o problemă articulară, de o paralizie, de o problemă metabolică, de o infecție, de o excrescență care obturează trecerea aerului, a alimentelor, a substanțelor excretoare etc. Sursele de dificultate extrinseci cuprind agenți exteriori care în contact cu organismul uman împiedică funcționarea normală (ex. o sondă nazo-gastrică sau vezicală care cauzează iritații, pansament compresiv, o imobilizare etc.)
– de ordin psihologic	*2. Sursele de dificultate de ordin psihologic* cuprind sentimente și emoții – pe scurt stările sufletești și intelectuale care pot influența satisfacerea anumitor nevoi fundamentale (tulburări de gândire, anxietate, stres, situații de criză, modificarea schemei corporale, doliu etc.). Manifestările de dependență la acest nivel pot afecta toate nevoile (ex. anxietatea poate cauza hiperventilație, anorexie, diaree, perturbarea capacității de comunicare etc.).
– de ordin social	*3. Sursele de dificultate de ordin social* cuprind problemele generate persoanei în raport cu anturajul său, cu partenerul de viață, cu familia sa, cu prietenii, cu colegii de muncă – pe scurt problemele legate de inserarea (încadrarea) în comunitate. Aceste surse pot fi prezente pe planuri *relaționale culturale și economice*. Se pot prezenta sub formă de modificare a rolului său social (serviciu nou, șomaj) dificultăți de comunicare, probleme de adaptare la o cultură, sentiment de respingere etc. Asistenta nu poate întotdeauna să influențeze direct problemele generate de aceste surse de dificultate, dar ea trebuie să știe să le recunoască și să ajute pacientul. Asistentele trebuie să deceleze nivelul igienei locuințelor, salubritatea, aerul ambiant etc. Sursele de dificultate de ordin social pot să afecteze calitatea vieții (cu repercusiuni asupra tuturor nevoilor) și pot fi surse de stres, de depresie, de malnutriție etc.

– de ordin spiritual	*4. Sursele de dificultate de ordin spiritual.* Este vorba de aspirațiile spirituale, revolta persoanei asupra sensului vieții, întrebări religioase, filosofice, limite în practicarea religiei care-i dau persoanei insatisfacții. Au repercusiuni (mai ales) asupra persoanelor în vârstă sau la muribunzi. Dar pot apărea manifestări de dependență și la alte categorii.
– lipsa de cunoștințe	*5. Sursele de dificultate legate de lipsa de cunoștințe.* Asistenta poate ajuta pacientul în câștigarea unor cunoștințe care sunt necesare pentru a-l ajuta în satisfacerea nevoilor. Astfel sunt necesare informații pentru: cunoașterea de sine, cunoștințe despre sănătate și boală, cunoașterea celorlalte persoane, cunoașterea mediului social.

Unde, cum poate interveni asistenta?

Intervenția asistentei poate fi asupra sursei de dificultate direct sau asupra manifestărilor de dependență. Uneori însă asupra sursei de dificultate nu se poate acționa.

Astfel, față de o problemă de retenție urinară, datorită efectului anesteziei la un pacient operat, asistenta nu poate acționa asupra sursei, ea poate acționa doar asupra retenției, care constituie problema de dependență a pacientului. Din contră, când este vorba de insuficiente cunoștințe, acțiunile asistentei pot viza direct sursa de dificultate – printr-o învățare (educare) adecvată a pacientului.

Alte situații în care intervenția asistentei asupra sursei de dificultate nu este posibilă: deficitul vizual sau intelectual.

Există însă situații în care intervenția asistentei poate fi la cele două niveluri: de exemplu, un pacient cu escară datorită imobilizării (asistenta se ocupă de rană, dar și de sursa de dificultate – prin schimbarea poziției pacientului).

CAPITOLUL III

PROCESUL DE ÎNGRIJIRE

Prezentare generală

Ce este procesul (sau demersul) de îngrijire?

- Este o metodă organizată şi sistematică, care permite acordarea de îngrijiri individualizate. Demersul de îngrijire este *centrat pe reacţiile particulare ale fiecărui individ (sau grup de indivizi)* la o modificare reală sau potenţială de sănătate.
- După Genévièvе Déchanoz, procesul de îngrijire reprezintă *aplicarea modului ştiinţific* de rezolvare a problemelor, a analizei situaţiei, a îngrijirilor, pentru a răspunde nevoilor fizice, psihosociale ale persoanei, pentru a renunţa la administrarea îngrijirilor stereotipe şi de rutină, bazate pe necesităţi presupuse, în favoarea unor îngrijiri individualizate, adaptate fiecărui pacient. Este un mod de a gândi logic, care permite intervenţia conştientă, planificată a îngrijirilor, în scopul protejării şi promovării sănătăţii individului.

Aplicarea cadrului conceptual al Virginiei Henderson în procesul de îngrijire uşurează identificarea nevoilor pacientului pe plan bio-psiho-social, cultural şi spiritual şi găsirea surselor de dificultate care împiedică satisfacerea nevoilor. De asemenea, permite stabilirea intervenţiilor capabile să reducă influenţa acestor surse de dificultate, în scopul de a ajuta persoana să-şi recapete autonomia (pe cât posibil).

Etapele procesului de îngrijire

Procesul de îngrijire comportă cinci etape:

1. **Culegerea de date**
2. **Analiza şi interpretarea lor** (probleme, diagnostic de îngrijire)
3. **Planificarea îngrijirilor** (obiective)
4. **Realizarea intervenţiilor** (aplicarea lor)
5. **Evaluarea**

1. Culegerea de date

Culegerea datelor ne permite să facem o inventariere a tuturor aspectelor privind pacientul în globalitatea sa. Se poate spune că ele ne informează asupra a

ceea ce este pacientul, asupra suferinţei, asupra obiceiurilor sale de viaţă şi asupra stării de satisfacere a nevoilor fundamentale.

2. ***Analiza şi interpretarea datelor*** ne permit să punem în lumină problemele specifice de dependenţă şi sursa de dificultate care le-a generat, adică elaborarea „diagnosticului de îngrijire".

3. ***Planificarea îngrijirilor*** ne permite:

a) determinarea scopurilor (obiectivelor) care trebuie urmărite – mai precis determinarea obiectivelor de atins (rezultatul aşteptat);

b) stabilirea mijloacelor pentru rezolvarea obiectivelor (pentru atingerea rezultatelor).

4. Executarea, aplicarea intervenţiilor

Utilizarea planului de intervenţii elaborat (precizarea concretă a intervenţiilor).

5. ***Evaluarea*** constă în analiza rezultatului obţinut (dacă intervenţiile au fost adecvate, dacă s-a obţinut rezultatul dorit sau nu) şi dacă au apărut noi date în evoluţia stării pacientului (care trebuie notate) şi, eventual, dacă este necesară reajustarea intervenţiilor şi obiectivelor (proces ciclic).

Care sunt avantajele utilizării procesului ştiinţific din punct de vedere al calităţii îngrijirilor?

Avantajul cel mai mare este legat de faptul că *demersul se sprijină pe datele furnizate de pacient sau luate din alte surse sigure.* Aceste date permit să se vadă situaţia în ansamblul ei şi să se aprecieze nevoile reale ale fiecărui pacient considerat ca o persoană diferită şi unică în sine.

Demersul constituie deci un instrument:

– de individualizare

– de personalizare a îngrijirilor – ele concură la *umanizare.*

O altă calitate a demersului constă în faptul că informaţiile constituie o resursă foarte utilă pentru controlul calităţii de îngrijire; pune la dispoziţia întregii echipe de îngrijire detaliile planificării îngrijirilor, făcând posibilă *raţionalizarea îngrijirilor, coordonarea şi stabilirea priorităţii.*

1. CULEGEREA DE DATE SAU APRECIEREA prima etapă a demersului (procesului) de îngrijire

Culegerea datelor este faza iniţială, debutul procesului de îngrijire de la care începe derularea acestui demers. Culegerea informaţiilor este un *proces continuu,* în sensul că *pe tot parcursul muncii sale, asistenta nu încetează de a observa, de a întreba şi de a nota datele privind pe fiecare pacient.*

Deci – începând de la sosirea pacientului în spital sau în momentul contactului iniţial cu personalul de îngrijire, într-un centru de sănătate, în comunitate şi pe tot parcursul îngrijirii, *culegerea de date permite asistentei să-şi stabilească acţiunile de îngrijire.*

Multe dintre asistentele din spital se informează despre pacient încă înainte de a-l vedea (citesc dosarul, întreabă date mai semnificative) pentru a-l aborda cu un spirit deschis.

Tipuri de informaţii culese

Informaţiile culese sunt:

- *date obiective* – observate de asistentă despre pacient
- *date subiective* – expuse de pacient
- date conţinând informaţii *trecute*
- date conţinând informaţii *actuale*
- date legate de *viaţa pacientului*, de *obiceiurile sale*, de *anturajul său* sau de *mediul înconjurător.*

Îngrijirea pacientului porneşte de la informaţiile primite. Scopul *investigaţiilor noastre este de a rezolva problemele pacientului*, pe care acesta nu şi le poate rezolva singur – deci: *identificarea problemelor.* Identificarea problemelor de îngrijire a pacientului se bazează pe *cunoaşterea pacientului:*

- cunoaşterea deficienţelor pacientului
- cunoaşterea aşteptărilor acestuia în ce priveşte:
  - îngrijirea
  - sănătatea
  - spitalizarea sa
- cunoaşterea propriilor resurse pentru a face faţă nevoilor de sănătate.

Prin cunoştinţele noastre trebuie (putem) să aprofundăm problemele reale şi potenţiale.

Toate informaţiile culese pot fi grupate în două mari categorii:

- date relativ *stabile*
- date *variabile*

Date relativ stabile	– *Informaţii generale:* nume, vârstă, sex, stare civilă etc. – *Caracteristici individuale:* rasă, limbă, religie, cultură, ocupaţie etc. – *Gusturi personale şi obiceiuri:* alimentaţia, ritm de viaţă etc. – *Evenimente biografice legate de sănătate:* boli anterioare, sarcini, intervenţii chirurgicale, accidente etc. – *Elemente fizice şi reacţionale:* grup sanguin, deficite senzoriale, proteze, alergii etc. – *Reţeaua de susţinere a pacientului:* familie, prieteni etc.
Date variabile	Sunt date în continuă evoluţie, schimbare şi care cer o constantă reevaluare din partea asistentei. Date variabile legate de *starea fizică*: temperatura, tensiunea arterială, funcţia respiratorie, apetitul sau anorexia, eliminarea, somnul, mişcarea, reacţii alergice, inflamaţii, infecţii, oboseală, intensitatea durerii, reacţii la tratament, la medicamente etc. Date variabile legate de *condiţiile psihosociale:* anxietate, stres, confort, inconfort, stare depresivă, stare de conştienţă, grad de autonomie, capacitatea de comunicare, acceptarea sau neacceptarea rolului etc. Aşa cum am mai menţionat, colectarea datelor este un proces continuu care trebuie urmărit de către asistentă în munca sa zilnică pentru a descoperi cum să se ajungă la satisfacerea nevoilor. Aceste date sunt la dispoziţia întregii echipe de îngrijire şi constituie un instrument de lucru în procesul de îngrijire, care trebuie să fie adus la zi cu regularitate, în funcţie de evoluţia stării pacientului.

Surse de informaţie

Pentru culegerea datelor, asistenta trebuie să recurgă la diferite surse de informaţii, astfel:

- sursa directă, primară: pacientul
- surse secundare sau indirecte:
  - familia şi anturajul pacientului
  - membrii echipei de sănătate
  - dosarul medical – actual – anterior
  - scheme de referinţă (consultarea unor date; cazuri specifice: hemodializa)

Mijloacele principale cele mai eficace de a obţine informaţiile dorite sunt fără îndoială următoarele:

a) observarea pacientului
b) interviul pacientului
c) consultarea surselor secundare (mai sus-enumerate)

Observarea

Observarea rămâne elementul primordial, de bază, pe care îl foloseşte asistenta pe parcursul activităţii.

Observarea presupune: o capacitate intelectuală deosebită de a sesiza, prin intermediul simţurilor, detaliile lumii exterioare (diferite detalii).

Observarea este un proces mintal activ.

Observarea se bazează pe *subiectivitatea* celui ce observă, ceea ce determină marea sa „fragilitate".

Observaţia este filtrată prin mecanismele noastre senzoriale, de percepţie şi emotivitate.

Pe scurt, percepţia este un proces selectiv care ne duce la a vedea ceea ce *am învăţat să vedem* şi la *ceea ce este de văzut.* Trebuie deci ca în atenţia noastră să fie *diminuarea subiectivităţii* (prin efort intelectual).

Implicarea simțurilor

În cursul muncii sale pentru pacient, asistenta se folosește de organele de simț, vedere, auz, atingere și miros.

Vederea: ne aduce o multitudine de informații privind caracteristicile fizice ale unei persoane (fizionomia, privirea, comportamentul etc.). Ea ne informează, de asemenea, asupra anumitor semne și simptome care traduc o nevoie insatisfăcută, o problemă de sănătate:
- față tristă sau denotând suferința
- agitație sau descurajare
- erupții ale pielii, ictere etc.

Auzul: prin simțul auzului ne parvin cuvintele
- intonația vocii
- gemete, văicăreli, plângeri
- zgomote emise de pacient, bătăi cardiace, gaze

Atingerea: joacă rol important la examenul fizic sau la palparea anumitor părți ale corpului, permițând cunoașterea detaliilor (indurație, grosimea unei mase, căldura membrelor etc.)

Mirosul permite:
- decelarea unui miros relevant pentru gradul de curățenie al pacientului
- procese patologice – infecția unei plăgi care degajă miros urât
- halena – de exemplu la un diabetic (în acidoză)

Utilizarea observației

Pentru a fi eficace, observația trebuie să fie făcută cu multă atenție, asistenta trebuie să-și dezvolte spiritul de observație, trebuie deci, pe cât posibil, să facă abstracție de propriile preocupări și să se concentreze asupra pacientului și asupra a tot ceea ce-l înconjoară.

Cadrul conceptual al nevoilor fundamentale constituie o grilă de observație sistemică și practică. Această grilă cu cele 14 nevoi ale pacientului din punct de vedere bio-psiho-social, cultural, spiritual permite observarea pacientului ca un tot – adică de a avea o *viziune holistică* asupra persoanei. Presupune, de asemenea, *depistarea surselor de dificultate* care sunt cauza dependenței pacientului.

Elemente de evitat

Asistenta trebuie să se ferească de:
- subiectivism
- judecăți preconcepute
- rutină și superficialitate
- lipsa de concentrație și continuitate

Precizare: În observarea pacientului de către asistentă, pentru culegerea datelor, se recurge și la instrumentele de măsură termometrice, aparate de monitorizare etc. Acestea ar fi informațiile culese după modelul medical, dar este foarte important ca datele să fie după modelul nou, al procesului de îngrijire care permite o viziune globală a pacientului din punct de vedere bio-psiho-social în acordarea de îngrijiri individualizate. Dacă folosim modelul medical vom avea numai informații medicale.

Interviul

Generalități:

Interviul – întrevederea, dialogul, discuția cu pacientul

Interviul este o formă specială de interacțiune verbală care se desfășoară în intimitate între asistentă și persoane care recurg la îngrijiri de sănătate.

Permite depistarea nevoilor nesatisfăcute ale persoanei și diverse manifestări de dependență pe care le determină.

Interviul este un instrument prin excelență de *personalizare* a îngrijirilor (instrument de cunoaștere a personalității).

Condițiile pentru interviu	Trebuie să se țină cont de anumiți factori importanți: – alegerea momentului oportun pentru pacient – respectarea: – orei de masă – momentelor de oboseală și de repaus – a perioadelor când pacientul se simte foarte suferind – asistenta să-și organizeze astfel munca sa, încât să prevadă un timp suficient de lung pentru a permite pacientului să se exprime în ritmul său – asistenta trebuie, de asemenea, să creeze toate condițiile ținând cont de – *intimitatea* la care pacientul are drept – și de *confortul* pacientului – interviul se bazează pe abilitatea asistentei de a stabili o comunicare eficace și clară – de asemenea, interviul presupune capacitatea asistentei de a manifesta un comportament care să reflecte: – atitudine de *acceptare* – capacitate de *ascultare* – atitudine de *respect* – capacitate de *empatie* Asistenta demonstrează acest comportament prin: – menținerea unui contact vizual – expresie (mimică) senină a feței – surâzătoare (după caz) – printr-o poziție comodă și limbaj care dovedesc pacientului dorința sa de a-l asculta și de a-i ușura urmărirea interviului.
Abilități ale asistentei de a facilita interviul	*Abilitatea de a facilita (favoriza) interviul* Sunt numeroase abilități, descrierea lor depășind cadrul acestui îndrumar. Vom enumera câteva: a) *Abilitatea de a pune întrebări adecvate* Întrebările pot fi: închise sau deschise. *Întrebările închise* – aduc un răspuns limitat prin „da" sau „nu".

	Exemplu de întrebare închisă: „Aţi dormit bine?" (răspuns monosilabic). *Întrebările deschise* – permit pacientului să se exprime. Exemplu de întrebări deschise: „Vorbiţi-mi despre problema care v-a adus la spital". Sau: „Puteţi să-mi descrieţi obişnuinţa dumneavoastră în legătură cu somnul?" Întrebările deschise pot fi de diverse tipuri: – *de tip narativ* (ex. „Povestiţi-mi ce probleme vă mai creează boala"), „Povestiţi-mi ceea ce s-a petrecut" (desfăşurarea unui eveniment). – *de tip descriptiv* (ex. „Descrieţi-mi felul dumneavoastră de a proceda"). – *de tip de calificare* (ex. „De ce nu mâncaţi niciodată carne?"). b) *Abilitatea de a confirma* (valida) percepţiile sale în legătură cu pacientul, în aşa fel încât să elimine subiectivismul observaţiei sale (ex. „Mi-aţi spus că sunt două zile de când vomaţi"). Cereţi-i să vă repete ceea ce credeţi că nu aţi înţeles. c) *Abilitatea de a readuce pacientul la răspunsurile necesare* – atunci când face digresiuni (ex. „Văd că vă preocupă mult digestia dv., dar n-aţi putea să-mi daţi amănunte şi despre somnul dv.?"). d) *Abilitatea de a face o sinteză* (ex. pe scurt, „Ceea ce mi-aţi povestit demonstrează că nu puteţi niciodată să vă destindeţi din cauza nervozităţii dv."). e) *Abilitatea (capacitatea) de a aplica o ascultare activă:* – prin repetarea ultimei părţi din fraza pacientului, – prin extragerea şi reformularea conţinutului emotiv din enunţul pacientului şi răspunzându-i în aşa fel încât să-i demonstraţi că înţelegeţi ceea ce el simte (trăieşte). Aceste accesibilităţi sunt necesare pentru a nu-l face pe pacient să se închidă în el, să nu mai răspundă. Asistenta să ştie cum să pună întrebări suplimentare sau să treacă sub tăcere unele chestiuni care pun pacientul în situaţii neplăcute.
Scop	– începerea relaţiei asistentă-pacient, relaţie favorizată de schimbul de informaţii, idei şi emoţii – obţinerea de informaţii asupra celor cinci „dimensiuni" ale pacientului: fizică, afectivă, intelectuală, spirituală, socială – observarea pacientului: interacţiunile dintre pacient şi familia sa, modul în care evoluează în mediul spitalicesc – furnizarea de date pacientului, care-l vor determina să pună întrebări şi să participe la stabilirea obiectivelor şi efectuarea îngrijirilor

Tipuri de interviu	– structurat – pentru obţinerea datelor de bază ale fiecărui pacient Ex.: „Cum vă numiţi?" „Cu ce vă ocupaţi?" – semistructurat – condus cu obiective şi puncte de reper dinainte precizate Ex.: „Relataţi-mi despre suferinţele dv. legate de constipaţie".
Etapele interviului	a. *începerea interviului* – asistenta se prezintă declinându-şi numele, funcţia şi explicând scopul interviului Ex.: „Bună ziua dle... Mă numesc... şi sunt asistentă. Aş dori să discutăm 10 minute în legătură cu starea dv. de sănătate şi să-mi răspundeţi la câteva întrebări care-mi vor permite să planific îngrijirile. Sunteţi de acord?" – pacientul va fi asigurat de confidenţialitatea interviului b. *desfăşurarea interviului* – asistenta pune întrebări deschise sau închise, ale căror răspunsuri vor forma „profilul" pacientului – pe parcursul interviului, asistenta şi pacientul devin, rând pe rând, emiţător şi receptor Ex.: Pacientul: „Pentru ce este sursa de oxigen pe peretele de deasupra patului meu? Asta înseamnă că sunt grav bolnav?" Asistenta: „Nu, nu înseamnă asta. Toate saloanele din această secţie sunt prevăzute cu surse de oxigen. Spitalul are un sistem central de distribuire a oxigenului şi, dacă un pacient are nevoie, putem să i-l administrăm rapid. Acesta este motivul pentru care aţi fost neliniştit?" Pacientul: „Nu, eram doar curios". Asistenta: „În această situaţie, aveţi alte probleme care vă nelinişteşc?" Pacientul: „Da". – este de preferat să se semnaleze apropierea sfârşitului interviului Ex.: „Am să vă mai pun două întrebări" sau „Vom termina în două minute". c. *concluzia interviului* – la sfârşit, asistenta va trage concluziile asupra interviului Ex.: „Vă mulţumesc că mi-aţi răspuns la aceste întrebări". „Am înţeles care vă sunt problemele". „Răspunsurile date de dv. mă vor ajuta să vă planific îngrijirile".

Profilul pacientului

Este constituit din informațiile culese prin interviu și cuprinde ca elemente de bază următoarele:

Informații generale	– nume, prenume – sex – stare civilă – ocupație – religie – surse de susținere
Antecedente medicale	– bolile copilăriei, vaccinări – traumatisme – spitalizări (experiența pacientului cu ocazia spitalizărilor anterioare) – intervenții chirurgicale – alergii medicamentoase – utilizarea tratamentelor empirice
Antecedente familiale	– boli cronice, afecțiuni mentale ale membrilor de familie
Mod de viață, obișnuințe	– utilizarea de alcool, tutun, droguri – obiceiuri de muncă, somn, alimentație – practicarea exercițiilor fizice
Probleme de sănătate actuală	– apariția simptomelor: – natura lor – caracteristici (localizare, durată, intensitate etc.) – factori declanșatori (frig, umezeală, efort etc.) – măsuri luate pentru a le ușura și efectul acestora – cunoștințe despre sănătate
Mediul ambiental	– factori de risc (poluanți, zgomote, trepidații) – securitatea fizică (respectarea măsurilor de protecția muncii)
Profilul psiho-social și cultural	– limba vorbită, etnie – capacități cognitive – emoții, sentimente, stări sufletești care pot influența satisfacerea nevoilor – probleme generate în raport cu familia, anturajul

NOTĂ:

În culegerea datelor, pe lângă profilul pacientului, va fi inclus și examenul sistemelor și aparatelor:
- examenul fizic
- investigații radiologice și endoscopice
- explorări funcționale
- examene de laborator

Fișa de interviu

STAGIU PRACTIC ____________
SPECIALITATEA ____________

ELEV ____________
ȘCOALA ____________
ANUL ______ DATA ______

DATE GENERALE DESPRE PACIENT

INIȚIALELE PACIENTULUI ______ vârsta ________ sexul ________ starea civilă __________ nr. copii ____ religia ________ profesia __________ statutul social __________ ocupația __________ locul de muncă ________
DOMICILIUL: Localitatea ________ casa __________ camere ________
LOCUIEȘTE: singur/cu soț(ie)/cu copii/cu părinți/instituționalizat.

OBIȘNUINȚE DE VIAȚĂ

ALCOOL: da/nu/ocazional; TUTUN: da/nu/ocazional.
DROG: da/nu/denumirea __________ mod de administrare__________
CAFEA: da/nu/ocazional.
Dieta ____________; Greutate _______/kg; înălțime____; TA ________
Puls _____/min.; Semne particulare ________________
Alergii cunoscute: ______________ reacția ______________

STAREA DE DEPENDENȚĂ

Autonom __________ semiindependent ________dependent ________
Proteze: dentară/oculară/auditivă/de membru/valvulară;
Stimulator cardiac/din anul _____; Lentile de contact/ochelari – dioptrii ______;
Afecțiuni care limitează activitatea: cardiace/respiratorii/locomotorii/senzoriale/ altele ________________

ALTE PROBLEME DE SĂNĂTATE

Spitalizări anterioare pentru ______________la data __________
Operații/intervenții ______________________la data__________
Tratamente prescrise ______________________urmate: da/nu.
Impresii din spitalizarea anterioară ______________________

PREZENTARE DE CAZ (CULEGEREA DE DATE):

Data apariției ______________________
Motivele internării ______________________
Probleme de sănătate (dependență – P –) ______________
Sursele de dificultate (etiologia – E –) ______________
Manifestări de dependență (semne și simptome – S –) ______________
Alte date: (investigații paraclinice etc.) ______________

2. ANALIZA ȘI INTERPRETAREA DATELOR
a doua etapă a procesului de îngrijire

Pentru ca datele culese să poată orienta asistenta spre intervenții individualizate este important ca ele să fie analizate și interpretate. Aceasta presupune identificarea nevoilor specifice ale pacientului, nu numai a celor care caracterizează orice ființă umană. De exemplu, nevoia de a fi curat este comună tuturor, în timp ce nevoia de a face zilnic duș este personală, particulară pentru o anumită persoană. O altă persoană, pentru a fi independentă, are nevoie să-și poată spăla zilnic părul. Există, de asemenea, nevoi personale în ceea ce privește dinții, bărbieritul, unghiile etc. Identificarea nevoilor particulare se face, pe cât posibil, cu participarea pacientului. Datele culese pentru cele 14 nevoi vor indica una sau mai multe nevoi particulare. Acestea pot să conducă acțiunile asistentei la intervenții individualizate.

ANALIZA ȘI INTERPRETAREA DATELOR ÎN CADRUL CONCEPTUAL AL VIRGINIEI HENDERSON – PRESUPUN UN EXAMEN AL DATELOR ȘI CLASIFICAREA LOR

Analiza	Analiza datelor se face prin: – examinarea datelor – clasificarea datelor: date de independență – acelea care permit satisfacerea autonomă a nevoilor – date de dependență – stabilirea problemelor de îngrijire – recunoașterea legăturilor și a priorităților (problemelor). Analiza presupune, de asemenea, regruparea datelor la fiecare din cele 14 nevoi. Regruparea permite identificarea resurselor individuale.
Interpretarea	Interpretarea datelor înseamnă a da un sens, a explica originea sau cauza problemei de dependență, adică a defini sursele de dificultate.

De reținut: Analiza și interpretarea datelor vor conduce asistenta la stabilirea diagnosticului de îngrijire.

Notă: Organizarea datelor se poate face și după diferite alte metode (Maslow, Gordon, pe sisteme = sistem respirator, sistem cardiovascular etc.).

Complexitatea analizei și a interpretării (dificultate)	Analiza și interpretarea datelor – în nursing este o sarcină complexă. Dificultatea provine din: – numărul mare de date culese (relativ la cele 14 nevoi) – varietatea surselor de informații (pacient, familie, dosar, echipă de îngrijire etc.) – caracterul schimbător al unui mare număr de date – subiectivitatea persoanei care culege datele – caracterul adesea urgent și grav al situației. Rolul asistentei este să determine prin datele culese ce nevoie este nesatisfăcută, să determine unde se află sursa de dificultate (care reprezintă obstacolul în satisfacerea nevoii). Diversele cunoștințe ale asistentei în nursing și în științele conexe (anatomie, fiziologie, fiziopatologie, psihologie, sociologie etc.) îi vor fi sprijin în procesul de analiză și interpretare a datelor.

Departajarea între manifestările de independență și manifestările de dependență

Exemplu

Comportamente ale pacientului care-i favorizează satisfacerea nevoilor	Comportamente ale pacientului care nu-i favorizează satisfacerea nevoilor
– își ia masa regulat cu poftă; – alimentație variată care respectă normele; – nici o alergie alimentară; – hidratare în jur de 2000 ml/zi.	– lipsa poftei de mâncare; – greutate la stomac atunci când mănâncă; – dificultate în a dormi de două zile; – spune că nu simte gustul alimentelor pentru că este prea nervos și se gândește cum va fi la întoarcerea lui acasă.

Din coloana stângă se poate vedea că această persoană evoluează bine, în general. Dar starea sa actuală arată (coloana dreaptă) un oarecare dezechilibru, datorită unei neliniști legată de reîntoarcerea acasă. Această persoană are nevoie de suportul asistentei și de informații privind convalescența acasă. Această neliniște și lipsa de informații pot constitui o problemă de dependență.

Exercițiu:

M. P. este un pacient de 76 de ani, spitalizat de mai multe săptămâni ca urmare a unui accident vascular cerebral (AVC) cu imobilizare aproape completă a părții drepte. El prezintă de asemenea dificultate în articularea cuvintelor. Respirația sa este superficială: ritm 24/min. Apetitul său este bun, dar are nevoie de ajutor pentru a-și tăia alimentele și susținerea mâinii drepte (este dreptaci). Se hidratează bine, poate să țină un pahar, poate să ceară bazinetul, dar nu poate să-și mențină scaunul prea mult (incontinență de fecale și pierderi de urină, scaune moi). Roșeață la nivelul sacrului (29 cm diametru). De câteva zile poate să se întoarcă în pat ajutându-se de marginea patului. Se ridică în fotoliu 1 oră zilnic, se simte în general anxios, în momentul ridicării fiindu-i frică să nu cadă. Cu toate aceste limite,

comunică bine, îi place să-l atingi, să-l mângâi. Se plictiseşte, n-are decât un televizor. Se simte foarte singur. Faceţi partaj între datele care-i favorizează satisfacerea nevoilor şi între cele care nu-i favorizează, deci partaj între manifestările de independenţă şi manifestările de dependenţă. Pentru a uşura exerciţiul vă enumerăm manifestările de dependenţă.

Manifestările de independenţă	Manifestări de dependenţă
	– respiraţie superficială ritm 24/min – partea dreaptă imobilizată – are nevoie de ajutor pentru a-şi tăia alimentele şi pentru susţinerea mâinii sale – nu poate să-şi reţină scaunul mult timp – incontinenţă de fecale şi urină – roşeaţă la nivelul sacrului – anxios în momentul când se ridică: îi este frică să nu cadă – dificultate în a articula cuvintele, se plictiseşte, se simte singur.

Diagnosticul de îngrijire (de nursing)

Pornind de la informaţiile culese şi de la departajarea manifestărilor de dependenţă, asistenta poate să definească problemele pacientului şi să pună un diagnostic de îngrijire.

Formularea sintetică a informaţiilor într-un diagnostic de îngrijire uşurează munca asistentei, pentru că se clarifică sensul intervenţiei sale.

Definirea diagnosticelor de îngrijire nu este un element nou. Începutul l-a făcut Florence Nightingale în anii 1854-1855. Au urmat din ce în ce mai multe descrieri despre problemele de îngrijire şi despre necesitatea unui cadru conceptual pentru profesia de asistentă.

În ultimele două decenii (pe plan mondial), îngrijirile acordate de asistente au evoluat considerabil în materie de responsabilitate.

Învăţământul tinde să formeze nu numai asistente executante, ci – de preferinţă – asistente care să răspundă în mod autonom de problemele unui individ.

Pe scurt, când rolul asistentelor a început să evolueze, ele s-au reunit pentru a forma grupul de studiu pentru clasificarea diagnosticelor de îngrijire – S.U.A. 1973.

Grupul de studiu: Asociaţia Nurselor Americane (A.N.A.) – a fost format din asistente practiciene, asistente din învăţământ, teoreticiene, conducătoare. Acest grup elaborează o listă de diagnostice care au fost studiate şi testate în practică. Apoi, acest grup se transformă în *„North American Nursing Diagnosis Associations"*

= N.A.N.D.A. = Asociaţia Nord-Americană de Diagnostic de Îngrijire (în franceză A.N.A.D.I. = Asociaţia Nord-Americană de Diagnostic Infirmier).

În cadrul acestui grup, care se reuneşte periodic, se completează lista de diagnostice, se dezbat probleme de educaţie continuă, de folosire a unui vocabular (în formularea diagnosticului) mai uniform şi mai comod. În Anexa 5 se prezintă lista de diagnostice acceptate de a VII-a Conferinţă a Grupului Naţional pentru Clasificarea Diagnosticului de Nursing (NANDA).

Diferite definiţii ale diagnosticului de îngrijire	**Reproducem diferite definiţii ale diagnosticului de îngrijire:**
	1. Diagnosticul de îngrijire este o formă simplă şi precisă care **descrie răspunsul** *(reacţia) persoanei (sau grupului)* la o problemă de sănătate. El constituie o judecată practică bazată pe colectarea şi analiza datelor şi serveşte de pivot la planificarea îngrijirilor. Diagnosticul de îngrijire relevă rolul autonom al asistentei. („Planification de soins infirmiers", autori: Louis Grondin, Rita I. Lussier, Margot Phaneuf, Lise Riopelle).
	2. Diagnosticul de îngrijire este un enunţ concis actual sau potenţial, al manifestărilor de dependenţă al persoanei, regrupate sau nu şi legate de o sursă de dificultate. („Repertoire des Diagnostics Infirmiers", autori: Riopelle, Grondin, Phaneuf).
	3. Diagnosticul de îngrijire – o problemă de sănătate reală sau potenţială pe care nursele, prin baza pregătirii şi experienţei lor sunt capabile (calificate) să acorde îngrijire. (Gordon – „Le diagnostic infirmier – Témoin du rôle propre de l'infirmière", Amiec Cahier nr. 12, pg. 41).
	4. Un diagnostic de îngrijire este enunţul care descrie răspunsul uman (stare de sănătate sau alterare actuală/potenţială a unui mod de interacţiune) al unui individ sau al unui grup, pe care asistentele pot să le identifice legal şi pentru care ele pot prescrie intervenţii definitive în vederea menţinerii sănătăţii sau reducerii, eliminării, prevenirii deteriorărilor (înrăutăţirii). (L.J. Carpenito – „Le diagnostic infirmier – Témoin du rôle propre de l'infirmière", Amiec Cahier nr. 12, pg. 42).
	5. În 1990 este adoptată oficial definiţia diagnosticului de îngrijire (de nursing) de către Adunarea Generală (ANADI): „Enunţul unei judecăţi clinice asupra reacţiilor la problemele de sănătate prezente sau potenţiale, la evenimentele de viaţă ale unei persoane, ale unei familii sau ale unei colectivităţi". („Le diagnostic infirmier – Témoin du rôle propre de l'infirmière", Amiec Cahier nr. 12, pg. 14).

Diagnosticele de îngrijire servesc ca bază pentru a alege intervenţiile de îngrijire vizând atingerea rezultatelor pentru care asistenta este responsabilă.

Componentele diagnosticului de îngrijire (de nursing)

Diagnosticul de îngrijire este format din două sau trei părţi principale:

1. Problema de dependenţă a persoanei
2. Cauza problemei de dependenţă
3. Semne şi simptome

1. Prima parte a diagnosticului	Prima parte a diagnosticului constă în *enunţul problemei*, problemă care exprimă o dificultate trăită de persoană, un comportament sau o atitudine nefavorabilă sănătăţii sau satisfacerii nevoilor sale. Reamintim că: problema de dependenţă o putem defini ca o schimbare defavorabilă de ordin bio-psiho-social, cultural sau spiritual în satisfacerea unei nevoi fundamentale care se manifestă prin semne observabile. Precizare: Problemele de dependenţă se definesc în urma analizei şi interpretării datelor (a manifestărilor de dependenţă). Termenii care arată o schimbare în starea de sănătate şi frecvent folosiţi în formularea problemei sunt: alterare, deteriorare, deficit, incapacitate, diminuare, dificultate, perturbare. După culegerea datelor, asistenta poate să tragă o concluzie, explicând clar situaţia şi definind problemele. De exemplu: – *alterarea stării de conştienţă...* – *atingerea integrităţii pielii...* – *alterarea integrităţii fizice...* – *alterarea mobilităţii fizice* – *alterarea eliminării intestinale: constipaţie*
2. A doua parte a diagnosticului	A doua parte a diagnosticului este constituită din enunţul *cauzei (etiologia)* problemei, adică a *sursei de dificultate.* Reamintim că sursa de dificultate poate fi definită ca o piedică (obstacol major) în satisfacerea uneia sau mai multor nevoi fundamentale.

Cauza poate fi legată de factorii de ordin fizic, psihologic, social şi spiritual sau o insuficientă cunoaştere – vezi pag. 36–37 şi Anexa 4.

Diagnosticul de îngrijire format din 3 părţi utilizează formula **P.E.S.**

1. Probleme de sănătate
2. Etiologia
3. Semne şi simptome

P	E	S
Probleme de dependenţă	Etiologia sau cauza	Semnele prin care se manifestă

Ex. **P** = alterarea eliminării intestinale: constipaţia
E = din cauza imobilităţii
S = manifestată prin scaune rare, dure, senzaţii de presiune la nivelul rectului, dureri abdominale.

Există trei tipuri de diagnostice de îngrijire:
– diagnostic actual – când manifestările de dependenţă sunt prezente, observabile;
– diagnostic potenţial – când o problemă poate surveni, dacă nu se previne;
– diagnostic posibil – este acela care descrie o problemă a cărei prezenţă nu este sigură. În loc să se rişte descrierea unui diagnostic eronat, este preferabil să se prezinte ca ceva posibil, atrăgând în felul acesta atenţia personalului de îngrijire care urmează apoi să infirme sau să confirme diagnosticul.

Sinteza celor 3 tipuri de diagnostic de îngrijire

Actual	Problema este prezentă, semnele şi simptomele sunt validate şi cauza identificabilă. Ex. *„Alimentaţie inadecvată prin deficit din cauza stării depresive".*
Potenţial	Problema are mari şanse să survină. Sunt prezenţi factorii de risc. Ex. *„Atingerea potenţială a integrităţii pielii, din cauza imobilităţii".*
Posibil	Problema poate să fie prezentă (prezenţa problemei nu e certă), dar sunt indicii care lasă să se întrevadă. Colectarea de date va trebui să infirme sau să confirme. Ex.. *„Perturbarea posibilă a stimei de sine din cauza unei dificultăţi în asumarea rolului de tată sau disfuncţii sexuale".*

Deoarece diagnosticul de îngrijire trebuie să se orienteze spre acţiunile autonome, este esenţial a se identifica o cauză sau etiologia asupra căreia asistenta poate să acţioneze.

Orientarea diagnosticelor spre intervenţii autonome şi/sau intervenţii de colaborare

Formularea diagnosticului de îngrijire se face deci pornind de la informaţiile culese, analiza şi interpretarea lor de către asistentă şi exprimă problema persoanei, cauza acestei probleme şi semnele prin care se manifestă şi care reies din datele culese (după cum reiese din exemplele anterioare).

În acest sens redăm mai jos şi alte exemple:

Exemple

Exemplul 1

Date culese:	*Diagnostic de îngrijire:*
– amputaţie de gambă stângă; – refuză să-şi privească bontul; – îşi ascunde bontul sub cuvertură; – exprimă sentimente negative faţă de această operaţie; – vorbeşte puţin.	Alterarea imaginii corporale din cauza amputaţiei gambei, manifestată prin...

Exemplul 2

Date culese:	*Diagnostic de îngrijire:*
– stă toată ziua la televizor, nu-l interesează alte lucruri – se apropie puţin de alte persoane, spune că se simte singur şi se plictiseşte, primeşte puţini vizitatori.	– sedentarism din cauza lipsei de motivaţie de a face alte activităţi sau exerciţii – sentiment de inutilitate din cauza lipsei de activitate sau – sentiment de singurătate din cauza izolării sociale

Exemplul 3

După culegerea datelor şi separarea manifestărilor de dependenţă ale pacientului M.P., prezentat în pag. 49, putem formula următoarele diagnostice:

Diagnostice

1. Problemă respiratorie potenţială din cauza imobilităţii manifestată prin...
2. Dificultate în a se alimenta din cauza imobilităţii părţii drepte manifestată prin...
3. Mofidicarea eliminării intestinale şi urinare (incontinenţă) din cauza pierderii controlului sfincterian manifestată prin...
4. Lezarea integrităţii pielii din cauza presiunii asupra sacrului, manifestată prin...
5. Anxietate – legată de limitele sale (frica de a cădea)
6. Alterarea comunicării din cauza AVC, manifestată prin dificultate în articularea cuvintelor

Diagnosticele astfel formulate orientează munca asistentei spre intervenţii cu obiectivul bine precizat.

Problema conexă (de colaborare)

Trebuie să ţinem cont în acelaşi timp de funcţiile de colaborare ale asistentei cu medicul. Trebuie precizat că nu toate problemele identificate de asistentă pot să constituie diagnosticul de îngrijire cu rol propriu (independent). Astfel, după

L.J. Carpenito, toate problemele identificate de către asistentă se pot defini în două tipuri de probleme utilizând doi termeni şi anume:
– diagnosticul de îngrijire (probleme cu rol propriu de îngrijire) şi
– probleme conexe (cu rol de colaborare sau cu rol interdependent de îngrijire).

Problemele conexe pe care le identifică asistenta sunt probleme reale sau potenţiale de sănătate (complicaţii) care rezultă sau pot rezulta din situaţii patologice sau iatrogene.

Problema conexă	Problema conexă este definită astfel: – problemă reală sau potenţială de sănătate (complicaţie) corespunzând unui răspuns fiziopatologic al organismului (unui traumatism, unei boli) pe care asistentele au întreaga responsabilitate să le recunoască, să le semnaleze şi să le trateze în colaborare cu medicul. Se impune deci ca asistentele să identifice şi problemele de îngrijire care ţin cont de funcţiile de colaborare (diagnostic de îngrijire colaborativ). Aşa, de exemplu, în cazul unui „diabetic" (când pot apărea: hipotensiune, stare de leşin, tremurături, roşeaţă a feţei, iritabilitate sau somnolenţă, vomă) sau în cazul „iminenţei de infarct miocardic" (cu dureri retrosternale, aritmii, tahicardie etc.), cazuri în care intervenţiile asistentei sunt de colaborare, dar permit în acelaşi timp şi intervenţii autonome, vizând *confortul bolnavului, diminuarea anxietăţii etc.* ***Exemple de diagnostic de îngrijire colaborativ (reunind problema şi cauza):*** – Intoleranţă (imposibilitatea, nu suportă) la activităţi fizice din cauza condiţiei sale cardiace. – Modificarea stării de confort din cauza durerii retrosternale. – Anxietatea legată de frica de moarte.

Precizare

În formularea diagnosticului de îngrijire, cauzele (sursele de dificultate), care constituie a doua componentă a diagnosticului, se leagă de prima componentă – de problemă – prin următoarele cuvinte: ***legat de, din cauză*** *– aşa cum aţi văzut în exemplele de mai sus.*

În cazul imposibilităţii de a cunoaşte clar sursa de dificultate, asistenta va descrie doar problema pacientului (sau specifică: sursa posibilă!!).

Se poate întâmpla ca uneori problema de dependenţă să fie privită ca o sursă de dificultate sau invers.

Exemplu: „durerea" poate fi o problemă de dependenţă, dar şi sursă de dificultate (ex. în mişcare). Tot aşa şi frica, stresul, doliul etc. care pot fi, de asemenea, tratate ca probleme de dependenţă şi ca surse de dificultate.

Exerciții

Cazul nr. 1

M.S., 63 ani, este văduv de o lună; în prezent refuză să se alimenteze, plânge frecvent, se izolează. Fiica sa declară că el se trezește foarte devreme și umblă fără rost, în lungul și latul camerei. Fața sa este tristă și împietrită. Fiind de puțin timp pensionar, el este lipsit de ocupație. Diagnosticele de îngrijire pot fi formulate reunind problema și cauza sa.

PROBLEMA DE DEPENDENȚĂ	*SURSA DE DIFICULTATE*
Stare depresivă Sentiment de izolare	Doliul neacceptat încă Pensionar, fără ocupație

SEMNE

manifestate prin... (vezi textul).

Cazul nr. 2

M.I. – pacientă de 40 ani, se plânge că nu are scaun decât la 5 sau 6 zile. Fecalele sunt de consistență dură și dificil de eliminat. Este o femeie puțin activă, căreia îi place să mănânce bine. Meniul său se compune întotdeauna din carne, cartofi, paste făinoase și produse de patiserie.

PROBLEMA DE DEPENDENȚĂ	*SURSA DE DIFICULTATE*
Constipație	Dietă săracă în fibre Lipsă de mișcare Lipsă de cunoștințe

SEMNE

manifestate prin... (vezi textul).

Cazul nr. 3

I.D. – 38 ani, operat de puțin timp, este purtătorul unei colostomii (anus artificial). El este adesea trist și pierdut în gânduri. Refuză ca soția să-l asiste la îngrijirile sale speciale și nu se întoarce spre ea imediat după ce și-a efectuat îngrijirile.

PROBLEMA DE DEPENDENȚĂ	*SURSA DE DIFICULTATE*
Problema de cuplu Sentiment de rușine față de... Perturbarea imaginii de sine	Modificarea schemei corporale Noua imagine corporală Din cauza schemei corporale

SEMNE

manifestate prin... (vezi textul).

Atenție:

1. Trebuie să știm să facem diferența între manifestările de dependență și problemele de dependență – vezi pag. 33 și 34

2. Nu este obligatoriu să utilizăm toate (sau numai) diagnosticele din lista NANDA sau alte clasificări adoptate.

Putem să formulăm propriul nostru diagnostic de îngrijire – mai bine-zis putem să formulăm problema identificată de noi la o persoană prin proprii noștri termeni. Importantă este identificarea corectă a problemei pe care o prezintă persoana și formularea care să ne conducă (orienteze) spre intervențiile ce le putem face (spre aplicarea practică a îngrijirilor).

Exerciții de testare a cunoștințelor

Alegeți o singură **problemă** – pe care o considerați cea mai potrivită pentru formularea diagnosticului – având următoarele date:

1. Date culese	*Probleme*
– lipsa familiei sau a prietenilor – comunică puțin, este retras – se simte singur și înlăturat – arată ostilitate	1) Alterarea comunicării verbale 2) Izolarea socială 3) Anxietate 4) Alterarea procesului de gândire R = 2
2. Date culese	*Probleme*
Pacientul se exprimă în felul următor: – „eu nu mai valorez nimic acum" – „eu nu voi mai ajunge să..." – „altădată eu puteam să fac față situațiilor celor mai dificile pe când acum..."	1) Modificarea imaginii corporale 2) Perturbarea interrelațiilor sociale 3) Perturbarea cronică a stimei de sine 4) Perturbarea situațională, a stimei de sine R = 4

Prezentare de cazuri

Doamna T. (68 ani) a fost altădată pianistă concertistă, locuiește cu fiica sa și ginerele său.

Ea a trebuit să se pensioneze devreme din cauza unei artrite reumatoide severe. Îi place să asculte muzică și să citească însă, în prezent, nu poate să asiste la concertul orchestrei simfonice cu toate că are abonament pentru sezon. Este obligată să stea acasă când are durerile articulare și resimte oboseala când își sporește activitățile. Mișcările mâinii sunt limitate mai ales în flexie. Degetele sunt deformate și edemațiate; merge încet și cu rigiditate. Fiica sa spune că trebuie să-și ajute mama pentru cea mai mare parte a activităților sale.

Alegeți cea mai bună formulare de diagnostic (problemă + etiologie) pentru sintetizarea datelor culese de la dna T.:

1) Deficit de îngrijire personală din cauza intoleranței la activități fizice;
2) Intoleranță la activități fizice legată de diminuarea tonusului muscular;
3) Diminuarea mobilității fizice din cauza durerilor articulare, limitelor funcționale;
4) Perturbarea de rol legată de pensionarea forțată, de incapacitatea de a-și asuma rolul (pianistă);
5) Diminuarea mobilității fizice din cauza artritei.

R = 3

Doamna M. (83 ani) are o fractură de șold de acum 5 ani și, în prezent, se mișcă puțin în timpul zilei. Prezintă uneori incontinență urinară și se plânge de mici pierderi de urină. Se plânge că nu poate să readoarmă după ce a fost la toaletă noaptea.

Este somnolentă dimineața și spune frecvent că este foarte obosită pentru a se scula la micul dejun. În cursul zlei este iritabilă și se plânge că asistenta n-o lasă să-și facă siesta.

Cum poate fi formulat diagnosticul de îngrijire? (problema + etiologia)

R = Perturbarea obișnuințelor de somn din cauza necesității de a se scula pentru a urina și a diminuării mobilității.

Criterii care permit stabilirea unor priorități între problemele de dependență

Pentru a stabili o ordine a priorităților între diagnosticele de îngrijire, trebuie avută în vedere mai întâi în ce măsură nevoia nesatisfăcută amenință (vatămă) homeostazia pacientului sau securitatea sa și gradul de dependență.

Asistenta trebuie să se ocupe mai întâi:

1. de o nevoie a cărei nesatisfacere pune în pericol starea de homeostazie a pacientului;
2. de o nevoie a cărei nesatisfacere antrenează o foarte mare cheltuială de energie;
3. de o insatisfacție care poate să compromită serios securitatea pacientului;
4. de o nevoie a cărei nesatisfacere determină un grad important de dependență;
5. de o nesatisfacere la nivelul unei nevoi care repercutează asupra mai multor nevoi;
6. de o nevoie a cărei nesatisfacere vatămă (deranjează) confortul pacientului;
7. de o nevoie a cărei nesatisfacere se repercutează asupra demnității pacientului (lipsa de respect, comunicare sau informație insuficientă);
8. de o nevoie care este importantă în ochii pacientului (exemplu: pacient paralizat, afazic, să comunice cu copiii).

Exercițiul nr. 1

Puneți cifrele 1, 2 sau 3 în paranteză – după prioritatea apreciată de dumneavoastră:

Operată în ajun pentru vezica biliară

a) ( ) modificarea respirației din cauza durerii
b) ( ) durere toracică dreaptă – datorită intervenției
c) ( ) risc potențial de hemoragie din cauza unor probleme sanguine

Exercițiul nr. 2

Doamna X este urmărită la domiciliu. Ea a avut o intervenție asupra colonului și este purtătoarea unei colostomii; iată diagnosticele elaborate:

a) ( ) insuficientă cunoaștere în legătură cu îngrijirea colostomiei
b) ( ) o lejeră alterare a funcției digestive – posibilă anxietate
c) ( ) modificarea schemei corporale – rău (greu acceptabilă)

Stabiliți prioritățile.

Exercițiul nr. 3

Doamnei I.I. îi place să cânte la pian. Ea suferă de artrită și are probleme – vezi diagnostic.

a) ( ) constipație din cauza alimentației sărace în fibre
b) ( ) depresie ușoară, probabil cauzată de o pensionare anticipată
c) ( ) alterarea mobilității degetelor din cauza artritei

Stabiliți prioritățile.

Sinteza diferențelor între diagnosticul de îngrijire și diagnosticul medical

Diagnosticul de îngrijire	Diagnosticul medical
1. Ține cont de starea pacientului care trăiește o problemă de dependență și **de reacția** sa față de această stare.	1. Ține cont de problema de sănătate în sine, descrie procesul, exemplu: artrită reumatoidă, AVC
2. Identifică un răspuns uman specific la un procent de boală particular, condiție sau situație.	2. Identifică un proces anume de boală în legătură cu patologia unor organe și sisteme specifice.
3. Se schimbă în funcție de modificările răspunsurilor pacientului.	3. De obicei rămâne constant în decursul bolii (deși mai poate fi adăugat și un alt diagnostic).
4. Nu există o terminologie anume desemnată și acceptată de comunitatea profesională de nursing pentru a descrie reacția umană.	4. O terminologie anumită a fost desemnată și acceptată de comunitatea profesională medicală pentru a descrie procesele specifice de boală.
5. Ține cont de sursele de dificultate (sau de factorii care contribuie) care cauzează problema de sănătate. Ex.: Aport caloric (excedent) întrecând nevoile organismului, legat de inactivitate sau lipsa de cunoștințe.	5. Formularea sa nu implică, în general, factorii etiologici. Ex.: obezitatea.
6. Servește ca ghid în determinarea tipurilor de intervenții nursing care vor asigura ca îngrijirea acordată, furnizată de orice nursă, să promoveze reacții sănătoase și un trai de calitate.	6. Servește ca ghid în determinarea cursului obișnuit al tratamentului medical pentru promovarea însănătoșirii.
7. Orientează asistenta spre intervenții autonome.	7. Orientează practicianul spre tratament medical.

3. PLANIFICAREA ÎNGRIJIRILOR*
a treia etapă a procesului de îngrijire

După formularea diagnosticului de îngrijire, asistenta elaborează un plan de acțiune, care să influențeze pozitiv starea fizică și mentală a persoanei și să reducă problemele de dependență.

Definiție: *Planificarea îngrijirilor înseamnă stabilirea unui plan de intervenție, prevederea etapelor, a mijloacelor de desfășurare ca și a precauțiilor care trebuie luate.*

De reținut: Planul de intervenție ține cont și de prescripțiile medicale. Planul de intervenție cuprinde două componente:

a. obiectivele de îngrijire

b. intervențiile

Planul de intervenție permite asistentei să judece urgențele și importanța problemelor de dependență, putând astfel să decidă prioritățile pe care trebuie să le respecte în cursul unei zile de muncă.

Acest plan se întocmește ținând cont de toate sursele de informație și de participarea tuturor colaboratorilor din echipa de îngrijire, în vederea clarificării problemelor pe care le are persoana (pacientul) și pentru o orientare comună a acțiunilor ce urmează a fi întreprinse.

Un astfel de plan, care ușurează urmărirea îngrijirilor ce trebuie acordate de către toți membrii de echipă, din toate turele de lucru, constituie *un instrument de comunicare, de unificare și de continuitate a îngrijirilor.*

Important: Deoarece planul de îngrijire este stabilit pornind de la nevoile și capacitățile pacientului, acesta are dreptul să participe la deciziile privind intervențiile, are dreptul să-și spună opinia asupra îngrijirilor pe care le dorește. Obiectivul principal al îngrijirilor este de a aduce persoana la un grad optim de independență în satisfacerea nevoilor proprii.

Este deci esențial – în măsura în care este posibil, să se colaboreze cu persoana îngrijită în pregătirea planului de intervenții și în elaborarea priorităților.

Asistenta trebuie să informeze persoana despre acțiunile pe care le întreprinde și să-i solicite acordul.

De exemplu: Asistenta poate să-i spună unui pacient slăbit care stă de mult timp în pat: „Planul de îngrijire pe care l-am făcut pentru dv. impune să vă ridicați din pat. Astăzi vă voi așeza în fotoliu, în trei reprize. Pentru a evita problemele respiratorii și ca să nu vă încerce o stare de slăbiciune, ar fi bine ca dv. să nu rămâneți în fotoliu mai mult de 30 de minute. Sunteți de acord să încercăm?" Sau unui pacient cu incontinență în urma îndepărtării unei sonde, care poate fi reeducat, i se poate spune: „Mi-ar plăcea să vă ajut în rezolvarea problemei dv. vezicale. Dacă vreți, eu vă duc la toaletă la fiecare două ore în cursul zilei, ca să puteți dv., puțin câte puțin, să reluați mai bine controlul vezical. Dv. ce credeți în acest sens?" Unui pacient afazic, în recuperare, i se poate spune: „Eu cred că dv. v-ar plăcea

* *„Planificarea îngrijirilor" se mai numește și „Plan de intervenții"*

să încercați să vă exprimați, nu-i așa? Dacă mă ajutați, putem începe să lucrăm împreună la pronunția a două consoane. În timp ce vă fac toaleta (baia parțială) și de fiecare dată când voi veni să vă văd vom căuta cuvinte care încep – cu «p» și «f» și dv. veți încerca să le pronunțați cu mine. Găsiți că aceasta este o idee bună?"

În unele cazuri, planurile de intervenție se pot face în întregime cu colaborarea pacientului, dar nu întotdeauna este posibil acest lucru. Uneori nu este de dorit să se comunice pacientului toate obiectivele propuse. Aceasta în cazul în care există riscul de a-i produce acestuia neliniște sau reacții negative.

Notă: *Planificarea presupune stabilirea priorităților de îngrijire în urma cărora se stabilesc obiectivele. Ierarhizarea nevoilor, după Maslow, furnizează, de exemplu, o metodă de a stabili prioritățile:*

Prioritatea 1: nevoi fiziologice (respirație, circulație, nutriție, hidratare, eliminare, temperatură, confort fizic)

Prioritatea 2: nevoi de securitate (pericole din mediul înconjurător, frica)

Prioritățile 3-4-5: nevoia de a simți dragostea, de a nu fi izolat (pierderea unei ființe dragi, stima de sine, realizarea etc.)

> ***Precizare:*** *Problemele care trebuie trecute în planul de îngrijire se aleg cu discernământ, deoarece, teoretic, fiecare pacient ar putea avea 50-60 de diagnostice de îngrijire și atunci folosirea planului ar fi aproape imposibilă.*

a. Obiectivele de îngrijire – prima componentă a planificării îngrijirilor

Un obiectiv de îngrijire poate fi definit astfel: ● *descrierea unui comportament pe care-l așteptăm de la pacient* ● *un rezultat pe care dorim să-l obținem* în urma intervențiilor. Acest rezultat definește comportamentul scontat al pacientului, un comportament care se dorește să se vadă în manifestările pacientului (reacții specifice prevăzute) (Anexa 3). Pacientul și familia trebuie incluși în acest proces de formulare a obiectivului.

Obiectivul de îngrijire vizează deci atitudinea, comportamentul sau acțiunea pacientului însuși (sau a familiei, a grupului și colectivității).

Iată un exemplu de obiectiv care ar fi acceptabil în cazul unui pacient parțial paralizat:

Ca pacientul să se îmbrace fără ajutor în decurs de... (săptămâni)

sau

Ca pacientul să-și mențină tot timpul gamba (piciorul) și brațul drept (dacă ele sunt afectate), într-o bună poziție anatomică, se precizează și obiectivul de îngrijire: „asistenta va verifica la fiecare 3 ore".

Caracteristicile unui obiectiv de îngrijire

Obiectivul de îngrijire trebuie astfel formulat încât să reiasă clar și precis care sunt rezultatele pe care pacientul (familia, grupul, colectivul) și asistenta speră să le obțină, precum și care sunt acțiunile, intervențiile pe care asistenta și pacientul (familia, grupul, colectivul) le pot întreprinde pentru a atinge scopul fixat.

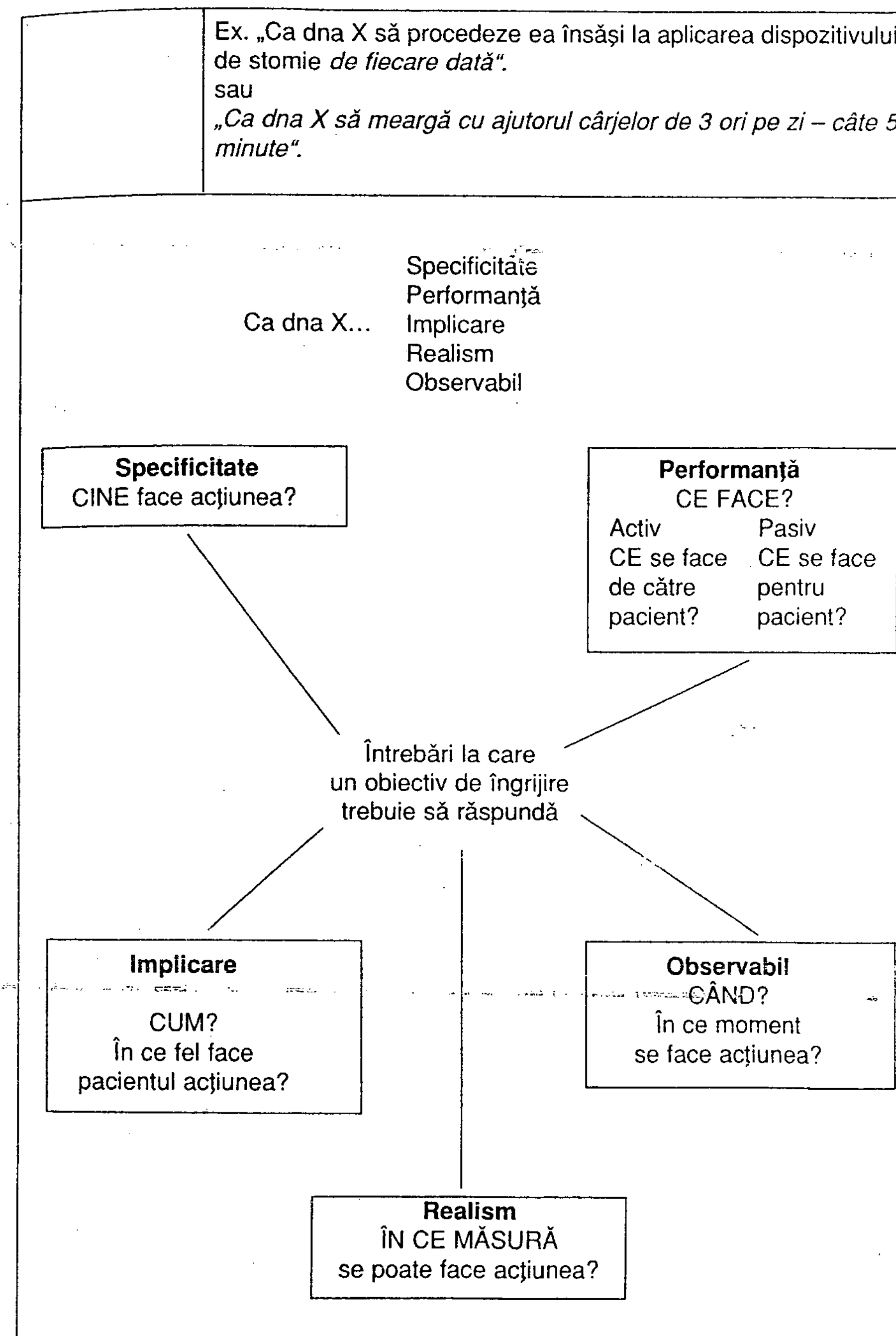
Pentru aceasta, asistenta trebuie să formuleze obiectivele pornind de la sistemul **S.P.I.R.O.** = mijloc mnemotehnic pentru elaborarea obiectivelor de îngrijire. Obiectivele astfel formulate trebuie să răspundă la următoarele cinci întrebări:

S = specificitate: **cine** face acţiunea? P = performanţă: **ce** face pacientul? **ce se poate** face pentru pacient? I = implicare: **cum** se face acţiunea? R = realism: **în ce măsură** se poate face acţiunea? O = observabil: **când**?

Deci obiectivul trebuie să aibă următoarele (componente) caracteristici:

Specificitate	– să aparţină unui singur subiect (familie, grup etc.) ex. *„Ca dna X...“.*
Performanţă	– acţiuni, atitudini, comportamente aşteptate de la persoană, pornind de la un verb activ (vezi anexa 3) ex. *„Ca dna X să înţeleagă şi să efectueze...“* ***Notă:*** *În situaţii grave de dependenţă marcată, implicarea asistentei în vederea satisfacerii nevoilor este aproape totală – având în vedere că pacientul nu poate totdeauna să se implice. În acest caz obiectivul va avea un caracter mai pasiv, dar el are întotdeauna ca subiect pacientul. Exprimarea în aceste cazuri se va face cu verbe la diateza pasivă. Ex. „Dna X va fi supravegheată la fiecare oră privind...“*
Implicare	– nivelul de angajare a persoanei (trebuie să acţioneze singur sau cu ajutor). Ex. „Ca dna X să înţeleagă şi să efectueze ea însăşi...“ sau „Ca dna X să meargă *cu ajutorul* (asistentei, cârjei)“
Realism	– obiectivul trebuie să ţină cont totdeauna de capacităţile fizice, intelectuale, afective ale persoanei; pentru a fi aplicabil, el trebuie să fie realist şi aceasta atât din punct de vedere al capacităţii persoanei, cât şi din punct de vedere al abilităţii şi disponibilităţii asistentei pentru a-l ajuta să atingă obiectivul. Ex. „Ca dna X să efectueze ea însăşi îngrijirile stomiei *respectând principiile învăţate“.* ***Notă:*** *Se subînţelege că asistenta este capabilă să-l înveţe pe pacient principiile de îngrijire a unei stomii.*
Observabil	– comportamentele, acţiunile şi atitudinile să poată fi „obiectiv“ observabile, măsurabile, evaluabile cu precizie.

	Ex. „Ca dna X să procedeze ea însăşi la aplicarea dispozitivului de stomie *de fiecare dată“.* sau *„Ca dna X să meargă cu ajutorul cârjelor de 3 ori pe zi – câte 5 minute“.*



Notă: Se întâmplă uneori ca obiectivul să nu poată fi formulat respectând orbeşte regulile redactate, dar este important ca descrierea obiectivului să fie clară şi precisă orientând intervenţia. Obiectivul este uneori formulat şi în termeni de intervenţii executate de asistentă:

Exemplu: – Asigurarea confortului (pat comod etc.)
– Prevenirea complicaţiilor infecţioase (mobilizarea pacientului etc.)
– Ameliorarea microclimatului...

Precizăm că este preferabil ca obiectivele să fie formulate în termeni de comportament aşteptat de la pacient, mai curând decât în termeni de intervenţii executate de asistentă (sau altă persoană).

De asemenea, să aibă o formulare în termeni care să stabilească obiectivul ce poate fi realizat. (Mai ales studenţii au tendinţa să exprime obiectivele ca posibil de realizat 100%).

Obiectivele pot fi:
1 – pe termen scurt (O.T.S.) ore, zile
2 – pe termen mediu (O.T.M.) o săptămână
3 – pe termen lung (O.T.L.) săptămâni, luni

Exemple:
O.T.S. – Dna X va f aşezată în fotoliu în fiecare zi, timp de o oră, de 3 ori pe zi (acesta este un obiectiv de intervenţie a asistentei)
O.T.M. – Ca într-o săptămână dna X să meargă fără ajutor până la baie
O.T.L. – Ca dna X să-şi mărească progresiv mobilitatea degetelor ca să fie capabilă să tricoteze în termen de o lună.

Pentru fiecare problemă pot fi formulate unul sau mai multe obiective.

Pentru a atinge un obiectiv îndepărtat se fixează mai multe obiective scurte sau pe termen mediu.

Exemplu: Dna X va trebui să facă în fiecare zi, în trei reprize, exerciţii de flexie a degetelor şi pumnului (termen scurt). Într-o săptămână ea să fie capabilă să preseze o minge rând pe rând, în fiecare mână (termen mediu).

Aceste obiective cumulate vor duce puţin câte puţin la obiectivul pe termen lung = peste o lună să tricoteze.

În cazul unui pacient internat în spital O.T.L. – global – este considerat ca obiectiv de atins până la externarea pacientului şi trebuie scos în evidenţă în planul de îngrijire, pentru ca toată echipa de îngrijire să ştie spre ce rezultat tind *eforturile comune.*

Exemplu: Îngrijim două femei în jur de 70 de ani. Una activă şi una care nu-şi părăseşte patul (zace la pat). Ambele operate de fractură de col femural.

Obiectivul, *în primul caz* va fi ca la întoarcerea la domiciliu, la soţul ei, să fie capabilă să meargă cu ajutorul unui baston, să fie capabilă să efectueze sarcini zilnice obişnuite.

Obiectivul, în *al doilea caz,* va fi ca pacientul să se înapoieze la casa de bătrâni cu fractura vindecată şi fără complicaţii.

Un alt tip de obiective pe care asistenta trebuie uneori să le elaboreze sunt *obiectivele permanente.*

Exemplu: Dna X se va ridica întotdeauna cu ajutor.

De reţinut:
Este util în anumite cazuri să se menţioneze în formularea obiectivului momentul în care se va face evaluarea sa. De ex.: „a se evalua la fiecare oră" sau „a se evalua la trei zile" etc.

Exerciţiu de elaborare a obiectivelor

Pornind de la următoarele diagnostice de îngrijire, elaboraţi obiectivele necesare:

1. Deshidratare uşoară, legat de o hidratare insuficientă;
2. Diminuarea amplitudinii respiratorii, din cauza imobilizării îndelungate (vârsta 74 ani);
3. Predispoziţie la escare de decubit, din cauză că pacientul este imobilizat de mai multe zile şi se mişcă foarte puţin în pat.

Sugerăm următoarele răspunsuri:

R1 = Ca pacientul să bea 2000 ml lichide timp de 24 ore (la intervenţii se va preciza cum se va face repartizarea cantităţii de lichide).
R2 = Ca pacientul să-şi amelioreze amplitudinea respiraţiei: să facă exerciţii respiratorii timp de cinci minute de două ori pe zi.
R3 = Ca pacientul să se întoarcă şi să-şi schimbe poziţia în pat, ajutându-se de marginea patului sau auxiliar, la fiecare 2 ore.

b. Intervenţia – a doua componentă a planificării îngrijirilor

Alegerea intervenţiei permite asistentei să determine modul de a acţiona pentru a corecta problema de dependenţă a pacientului.

Acţiunile asistentei (de ex.: de suplinire sau de completare a ceea ce pacientul nu face singur) au ca scop conservarea sau atingerea unui grad optim de independenţă a pacientului.

Asistenta care întocmeşte planul de îngrijire trebuie să se gândească la intervenţii care răspund cu adevărat nevoilor specifice ale pacientului.

Intervenţiile trebuie să fie deci: novatoare, personalizate, observabile, măsurabile (evaluabile).

Pentru ca intervenţiile să fie evaluabile trebuie:

– să se indice la ce oră (2, 6 sau 10 h), în care moment al zilei (dimineaţa, după baie etc.);

– la ce interval (de trei ori pe zi, de patru ori pe zi etc.);
– sau ce continuitate, pe ce durată trebuie să se desfăşoare acţiunea asistentei sau să se supravegheze continuu semnele (de ex. dispneea).

4. EXECUTAREA (APLICAREA) ÎNGRIJIRILOR – a patra etapă a procesului de îngrijire

Aplicarea îngrijirilor constituie momentul realizării conştiente şi voluntare a intervenţiilor planificate pentru a obţine rezultatul aşteptat. Aplicarea în practică a acţiunilor are ca scop să ajute pacientul să-şi menţină sau să-şi recapete independenţa sau un oarecare nivel de independenţă. În aplicarea în practică a intervenţiilor sunt antrenaţi: pacientul, asistenta, echipa de îngrijire, familia (aparţinătorii). Implicarea acestora are ca scop de a reduce sau a elimina cauza problemei.

Pacientul: execută acţiunile planificate pentru el, în funcţie de resursele proprii (ex. exerciţii, răspunde la diverşi stimuli...)

Asistenta: supervizează aceste acţiuni, încurajează, informează, îşi manifestă empatia, ajută şi efectuează toate îngrijirile necesare pacientului.

Echipa de îngrijire: asigură completarea şi eficacitatea activităţii profesionale.

Familia: în anumite circumstanţe este alături în acţiuni de îngrijire.

Observaţie: Cele două etape ale demersului de îngrijire: planificarea îngrijirilor (a III-a etapă) şi executarea îngrijirilor (a IV-a etapă) sunt strâns legate, astfel:
– În rubrica planificare, decidem intervenţiile care trebuie să se execute în etapa următoare: „ridicarea pacientului de 3 ori în cursul zilei", în rubrica executarea intervenţiilor: „ridic pacientul de trei ori în cursul zilei". Această relaţie strânsă poate să fie sursă de confuzie între cele două etape pentru studenţii de la şcoala postliceală sanitară – care ar trebui atunci când concep planul de îngrijire să repete aceleaşi elemente şi în etapa a III-a şi în etapa a IV-a.

Pentru a se evita această confuzie – este posibil ca intervenţia (atât în ce priveşte planificarea cât şi aplicarea) să fie consemnată o singură dată în planul de îngrijire într-o rubrică de „intervenţii".

Trebuie să precizăm că realizarea intervenţiei reiese din evaluarea stării pacientului înainte, în timpul şi după intervenţie. Este însă foarte important ca intervenţia să fie formulată clar şi precis, în consecinţă va trebui indicat:
– cui se adresează acţiunea (persoană, familie etc.)
– orarul (înainte de masă, la două ore, de 3 ori pe zi, la culcare sau data)
– natura acţiunii cu un verb activ, observabilă, măsurabilă
– semnătura asistentei care planifică, execută îngrijirile.

Exemplu: „Se determină pacientul să practice exerciţii respiratorii (10 respiraţii abdominale profunde), câte 5 minute la 2 ore"
Semnătura: Maria Pop

Exerciţiu – pentru integrare în procesul de îngrijire *(fără evaluare)*

Domnul V.R., în vârstă de 68 de ani, este spitalizat de puţin timp pentru probleme cardiace – care acum sunt în ordine. Câteva elemente reies din culegerea de date. El se alimentează destul de bine, se hidratează foarte puţin (o băutură la masa de prânz). Cu toate că i s-a recomandat să umble, el are dificultate în a se deplasa din cauza unei fracturi a gambei drepte, unde mai simte puţină durere. Are nevoie de ajutor pentru a umbla. Se jenează să-i ceară ajutor asistentei. Nu sună decât foarte rar. Defecare regulată, la două zile, însă scaune dure, micţiuni puţin mai frecvente. El spune că se reţine adesea de a urina. Incontinenţă uşoară ocazională. Se plânge uneori de durere în partea inferioară a abdomenului.

Notă: *Se acordă prioritate nevoii de a se mişca pentru că aceasta îi produce cea mai pronunţată dependenţă cu repercusiuni asupra altor nevoi. Pentru a uşura demersul, problema cardiacă se lasă deoparte.*

Plan de îngrijire (ghid) ***(fără evaluare)***

Nevoia	Date care demonstrează dependenţa	Diagnostic de îngrijire	Obiective	Intervenţii
A se mişca	– Dificultate în a se deplasa; – Durere la nivelul gambei; – Are nevoie de ajutor pentru a umbla	Alterarea mobilităţii din cauza sechelei unei fracturi manifestate prin... (vezi nota de la sfârşitul planului)	Ca într-o săptămână el să fie capabil să se deplaseze pentru a merge la toaletă	Se fac exerciţii pasive şi active ale membrelor inferioare de două ori pe zi. Se determină pacientul să meargă cu ajutor de trei ori pe zi, cinci minute la început şi apoi crescând un minut în fiecare zi
A comunica	– Îi este jenă să ceară ajutor; – Nu sună decât foarte rar	Dificultate în a comunica, legată de jenă	Ca el să-şi exprime nevoile cu mai multă îndrăzneală (a se evalua la trei zile)	Se răspunde cu rapiditate când sună; îi subliniez disponibilitatea asistentei pentru a-l ajuta
A elimina	– Micţiuni puţin mai frecvente;	Modificarea schemei urinare	Ca el să-şi restabilească o sche-	Se explică pacientului nece-

	– Incontinență ocazională; – Dureri (uneori) în partea inferioară a abdomenului	(ușoară incontinență) din cauza dificultății în a se adapta pentru mobilizare	mă urinară normală orar de eliminare într-o săptămână	sitatea de a urina atunci când simte această senzație pentru a evita incontinența. Se va conduce la toaletă la două ore. Se lasă urinarul la îndemână pe timpul nopții.
A se hidrata	– Se hidratează puțin; nu bea lichide între mese	Insuficientă hidratare, legată de frica de a fi obligat să meargă la toaletă	Ca el să bea 1500 ml de lichid în 24 ore (a se evalua zilnic)	Se lasă porția de apă la îndemână. Se explică necesitatea de a bea cel puțin un pahar de apă între mese. Se oferă pacientului un pahar de suc la ora 10, la ora 14 și la ora 20.

***Notă:** La formularea diagnosticului – din acest plan –, semnele (a treia componentă a diagnosticului) reies din datele care demonstrează dependența, considerăm că nu mai este necesar să le scriem aici.*

Precizare: Fiecare plan de îngrijire va fi completat cu:
- Intervenții constante:
Ex.: Așezarea obiectelor la îndemână pentru cei cu defect vizual...
- Elemente de supravegheat:
  - comportament
  - reacții la medicamente
  - funcții vitale etc.
- intervenții cu rol delegat care reies din prescripțiile medicului.

Sfaturi pentru efectuarea intervențiilor de îngrijire

- Nu efectuați niciodată acte de îngrijire fără a se cunoaște raționamentul, efectul așteptat;
- Înainte de orice acțiune reexaminați pacientul pentru a evalua starea problemelor și verificați dacă intervențiile prevăzute sunt întotdeauna potrivite (practicați o culegere specifică de date);

- Nu sunteți roboți. Fiți atenți la reacțiile pacientului și modificați orice intervenție ineficace;
- Implicați pacientul și familia sa. Explicați-le întotdeauna rațiunea intervențiilor d-voastră;
- Pregătiți mediul înconjurător terapeutic și fără pericole.

Executarea îngrijirilor și relația asistent-pacient

În optica Virginiei Henderson, îngrijirile trebuie să fie de *suplinire* în satisfacerea nevoilor fundamentale.

De asemenea, îngrijirile trebuie să favorizeze drumul spre independență, spre câștigarea autonomiei pacientului. Pentru aceasta, asistenta trebuie să fie capabilă de disponibilitate, de voința de a ajuta și de o deschidere față de alții, care constituie un climat esențial în desfășurarea activității.

Această relație trebuie să urmărească stabilirea unei comunicații: funcțională, pedagogică și terapeutică.
- funcțională – ușurarea schimburilor (dialogurilor) cotidiene
- pedagogică – învățarea = transmiterea informațiilor necesare prevenirii (primare, secundare și terțiare), reabilitării atât fizic, cât și psihic a pacientului
- terapeutică – stabilirea între asistentă și pacient a unei relații de:
  - acceptare reciprocă
  - atitudine de: respect, căldură
  - înțelegere empatică față de pacient.

În cursul îngrijirilor (igienă, tratament), asistenta se întreține cu pacientul, îl ascultă, îl atinge (cu duioșie), răspunde la întrebările sale, împarte cu el povara bolii și comunică acestuia înțelegerea sa empatică.

Acest contact cu pacientul este un pretext pentru a realiza relații de încredere, respect reciproc, ceea ce conferă îngrijirilor un caracter uman care este o condiție a calității îngrijirilor. Adesea însă, din cauza sarcinilor pe care asistenta trebuie să le îndeplinească, se observă că nivelul relațiilor între îngrijitor și cel îngrijit nu este propice stabilirii acestora, deoarece preocuparea asistentei este mai degrabă centrată asupra sarcinilor de îndeplinit, decât asupra persoanei însăși. Este cazul pacienților cu stare gravă și multe tratamente, când asistenta este supraaglomerată.

Trebuie însă să se țină cont de faptul că, cu cât starea pacientului este mai critică, cu atât anxietatea și durerea sunt mai mari și el are nevoie, cu atât mai mult, de suport și înțelegere din partea asistentei.

O problemă asemănătoare se pune și în cazul îngrijirii unui pacient confuz sau inconștient, când interesul pentru stabilirea unei relații cu pacientul trebuie să fie evident. În aceste situații, îngrijirile acordate cu căldură și respect pot să creeze pacientului, emoțional, revenirea unei flăcări de conștiență.

În munca sa pentru pacient, asistenta trebuie să comunice cu el în multiple circumstanțe:
– atunci când aceasta ajunge la spital
– atunci când se face interviul pentru culegerea de date
– atunci când se execută îngrijirile zilnice, moment în care asistenta trebuie să-i explice totul pacientului astfel ca el să fie informat despre tratamente, despre examenele și intervențiile pe care va trebui să le suporte etc.

Această comunicare verbală și nonverbală trebuie să fie o *comunicare terapeutică, o relație de ajutor* pentru pacient.

Atitudinea de a asculta, arta de a pune întrebări și de a răspunde (interesul concentrându-se spre pacient) nu sunt decât câteva din caracteristicile acestei forme de comunicare.

Situații sau reacții în timpul îngrijirilor, care trebuie să fie în atenția asistentei

Anxietatea – este un sentiment de inconfort și de tensiune pe care-l resimte persoana. Poate să apară sub formă acută în prezența unei dureri, a fricii, a neliniștii etc. Ea poate să producă ușoare modificări ale pulsului, ale respirației, ale tensiunii arteriale, o creștere marcantă a acestor semne vitale. Asistenta trebuie să învețe să deceleze anxietatea pacientului, putând fi de mare ajutor pentru acesta.

Stresul – este una dintre problemele cele mai răspândite în timpul nostru. El se manifestă atât din punct de vedere fizic, cât și psihologic. Stresul psihologic provine dintr-un *dezechilibru între exigențele la care individul trebuie să facă față și capacitatea sa de a corespunde.* Pe de altă parte, este prezent sentimentul de a nu avea destul timp: viața este ca o cursă permanentă contra cronometru. Stresul poate antrena numeroase probleme de sănătate – atât pe plan psihologic (anxietate, frica de eșec, depresia), cât și pe plan fizic, prin insatisfacția anumitor nevoi fiziologice ca foamea, setea, frigul, inconfortul etc. Indiferent de proveniența stresului (fizic sau psihologic), el poate afecta organe ca de exemplu stomacul (ulcer de stres). Asistenta poate să ajute persoana printr-un suport psihologic și prin rolul său de suplinire în satisfacerea nevoilor fundamentale ale persoanei la care ea acordă îngrijiri.

Frica – Anxietatea se asociază adesea cu frica. Frica este un sentiment pe care-l resimte persoana față de un pericol fizic sau psihologic. Nu trebuie să minimalizăm importanța acestui sentiment față de un tratament, față de intervenții sau față de moarte. Atunci când asistenta știe să deceleze frica la persoana îngrijită, este important ca ea să-i demonstreze înțelegere, voința sa de a-l asculta și de a-l asigura.

Durerea – este o senzație neplăcută percepută într-unul sau mai multe puncte ale organismului. Ea este însoțită de reacții psihologice (anxietate, depresie, furie

etc.), de preocupări sociale (neliniște, îngrijorare pentru viitor, pentru familie), iar întrebările cu caracter religios se intensifică. Există diverse forme de durere, dar putem să le clasăm în două mari categorii: durerea acută și cronică. Rolul asistentei față de această dificultate constă în a-i administra medicamentele (rol delegat), în a-i acorda îngrijiri care să-i potolească starea de rău fizic, dar comunicarea terapeutică cu acești pacienți care suferă are o importanță unică.

Singurătatea – Boala, infirmitatea și bătrânețea nu sunt atractive. Persoanele în vârstă, bolnavii cronici și persoanele din unitățile psihiatrice trăiesc frecvent experiența singurătății și a izolării. Singurătatea este starea individului care se regăsește singur cu el însuși. Uneori, aceste momente sunt benefice pentru ființa umană. Dar trebuie să existe un echilibru între gradul de intimitate de care persoana are nevoie (pentru conservarea demnității sale) și între legăturile sociale care sunt necesare pentru (realizare) deschiderea și dezvoltarea personalității. Singurătatea frecventă și prelungită a persoanelor bolnave duce adesea la deteriorarea mentală și afectivă. Rolul asistentei pentru a ajuta persoana singuratică este de a stabili o relație de ajutor, de a stabili un climat de încredere, de acceptare, de respect și înțelegere. Relația de ajutor nu înseamnă a da sfaturi persoanei, ci a-l susține în dificultatea sa aducându-i suficientă căldură și înțelegere empatică. În afară de situațiile amintite mai sus, asistenta întâlnește la pacienți, în timpul executării îngrijirilor sale, multe alte dificultăți de care trebuie să țină cont. Astfel, mai amintim:

Imobilitatea sau diminuarea activității normale (poate afecta percepția imaginii și stimei de sine).

Înstrăinarea – este vorba de pacienții aflați în serviciile de sănătate care sesizează (percep) că nu există loc – că nu se ține seama – de opiniile lor, de neliniștea lor, de capacitatea lor de decizie, de dreptul lor la informație, de preferințele lor și chiar de personalitatea lor, cu caracteristicile proprii.

Sentimentul de neputință – situație în care pacientul se vede condamnat și constată cu amărăciune inutilitatea îngrijirilor, își dă seama că nimeni nu poate să facă nimic mai mult pentru el.

Modificarea schemei corporale – o schimbare progresivă cum ar fi: slăbirea, obezitatea, menopauza, îmbătrânirea, poate să producă la unele persoane perturbări importante. Însă șocul cel mai puternic este format de o boală deformantă cum ar fi: artrita, paralizia, ori de intervenții chirurgicale mutilante (amputația membrelor, a sânului, a organelor genitale etc.). Aceste situații, care ating schema corporală și la care pacientul se resemnează cu dificultate, îl fac pe acesta să trăiască sentimente de frustrare, de devalorizare și pierderea încrederii în sine.

Pierderea unei ființe dragi, a unui rol, a unui statut social sau a unui avantaj creează dificultăți de ordin material, profesional sau emotiv.

Doliul – după decesul unei ființe dragi este o pierdere cu repercusiuni importante.

Toate aceste situații pot fi reduse (atenuate) de către asistentă, prin îngrijiri potrivite, printr-o înțelegere empatică, printr-o prezență umană și căldură sufletească, gata să ajute persoana ce trăiește aceste dificultăți.

Dar, fără o prezență de calitate și o comunicare ce constituie o *relație de ajutor*, toate aceste îngrijiri se pot vădi iluzorii.

De reținut: În vederea executării unor îngrijiri potrivite fiecărui pacient, asistenta trebuie să știe să aplice mai multe metode de acțiune care să ușureze suferințele persoanei bolnave și să-i asigure un plus de confort și o stare de bine.

Executarea îngrijirilor constituie un moment potrivit pentru asistentă, care vrea să învețe, să informeze pacientul asupra problemelor sale de sănătate, asupra tratamentului său, ori despre obiceiurile de viață mai puțin potrivite pentru satisfacerea nevoilor fundamentale. *Învățarea* pacientului este un act de îngrijire esențial și necesar. Această învățare poate să fie specifică (ex.: a învăța pacientul să-și facă injecție – în cazul diabetului) sau poate să conțină alte sfaturi practice. Înainte de a începe învățarea, trebuie mai întâi să-i evaluăm cunoștințele pacientului și dorința de a învăța. Trebuie să încurajăm pacientul să pună întrebări. Îi putem spune, de exemplu: „Puneți-mi toate întrebările pe care le vreți, chiar dacă ele vi se par stupide. Noi toți ne simțim câteodată limitați, deci să nu credeți că sunteți singurul, toate întrebările sunt importante, chiar și acelea care vă par neînsemnate."

5. EVALUAREA ÎNGRIJIRILOR – a cincea și ultima parte a demersului de îngrijire

Evaluarea constă în a aduce o apreciere (o judecată) asupra progresului pacientului în raport cu intervențiile asistentei.

Evaluarea este o condiție *absolută* a calității îngrijirilor. Dacă intervențiile planificate nu și-au atins scopul lor, atunci trebuie să știm de ce nu avem rezultatul scontat și trebuie să știm cum să corectăm situația.

Când se face evaluarea?

Evaluarea trebuie să se facă cu regularitate, la diverse intervale. Un obiectiv indică, în general, în ce timp trebuie să se facă evaluarea.

De exemplu: dacă există mențiunea „se va evalua mâine" sau „ ...din 3 în 3 ore" sau „în 3 zile" – atunci trebuie să fie făcută examinarea în termenul fixat.

Ce se evaluează?

Există mai multe metode de a determina ceea ce trebuie evaluat. Ne propunem să evaluăm două aspecte:

1. Rezultatul obținut sau schimbarea observată – adică reacția pacientului la îngrijiri;
2. Satisfacția pacientului însuși.

1. Rezultatul obținut

Când asistenta formulează obiectivele îngrijirilor, ea exprimă ce rezultat prevede să se obțină în urma îngrijirilor acordate.

De exemplu: un obiectiv poate fi formulat în felul următor:

„ ...ca dna X să accepte să-și exprime mâine sentimentele resimțite cu ocazia primului pansament după mastectomie".

Pentru a realiza acest obiectiv, asistenta își va planifica toate intervențiile în vederea obținerii acestui rezultat: va merge să vadă pacienta când ea va fi mai odihnită, o va asculta, o va stimula să se exprime, va manifesta empatie, va începe să abordeze cu ea probleme legate de *perceperea imaginii de sine.*

Pentru a ști dacă obiectivul a fost atins, asistenta va trebui ea însăși să-și pună niște întrebări în legătură cu modul în care a reușit să întrețină o relație cu pacienta.

Exemplu de evaluare

Doamna X, încă șocată, nu poate să se exprime prea mult; plânge, este descurajată, dar, în urma discuției avute cu asistenta, este mai calmă. După cum se vede, rezultatul nu a fost atins și obiectivul va trebui reluat. La o nouă încercare de evaluare putem să demonstrăm că obiectivul a fost atins.

Dna X acceptă să vorbească despre sentimentele sale, plânge, zice că nu va mai fi niciodată ea însăși, că se devalorizează. Îi e teamă pentru relațiile sale cu soțul. Spune că s-a mai îmbărbătat vorbind cu asistenta.

Rezultatul este satisfăcător – pacienta vorbește despre sentimentele sale, dar apar alte probleme, alte dimensiuni – care vor fi subiectul unor noi obiective cu evaluările necesare. După cum se vede, evaluarea rezultatelor este, într-un fel, o culegere de date, atingând anumite aspecte ale problemei de sănătate a persoanei. Noile date obținute despre evoluția pacientului sunt astfel adăugate, sunt revăzute, se stabilesc prioritățile, obiectivele și se decid noi intervenții dacă este cazul – proces ciclic.

Deci: evaluarea se face pe tot timpul îngrijirii. Când se observă că semnele nu s-au diminuat (că obiectivul pentru persoană nu a fost atins), că acțiunile de îngrijire (ale asistentei) nu au avut impactul dorit, procesul de îngrijire se reia de la prima etapă (reformularea diagnosticului, a obiectivelor, se modifică intervențiile). Evaluarea permite reajustarea obiectivelor și deci modificarea intervențiilor. Ea prezintă o asemănare cu spirala educației, căci ne permite să evaluăm în permanență.

2. Satisfacția pacientului

Este important să se cunoască aprecierea pacientului, însă trebuie în același timp să avem rezerve, pentru că pacientul nu știe întotdeauna ceea ce implică o bună îngrijire; este, de asemenea, posibil ca lui să-i displacă unele intervenții, deși beneficiază de o îngrijire excelentă.

Evaluarea nu ar fi completă fără o evaluare a întregului proces urmat. Această evaluare este necesară atunci când situaţia pare să stagneze, când nu se văd rezultate. De asemenea, se impune o evaluare a procesului urmat când se produc numeroase schimbări în starea pacientului (intervenţii, complicaţii, naştere etc.), pentru că va fi necesară introducerea unor date noi.

Cum se face evaluarea?

Evaluarea se face pornind de la un punct de referinţă care de fapt este obiectivul de îngrijire.

De exemplu: obiectivul pentru o escară de 2 cm diametru şi 2 mm profunzime poate fi: „ca escara de decubit să granuleze într-o săptămână". Pornind de la acest punct de referinţă, asistenta va putea cu uşurinţă să judece evoluţia acestei probleme. Persoana care face evaluarea unui obiectiv dat va trebui să înregistreze observaţia, să indice data şi să semneze.

Concluzie: procesul de îngrijire este un proces ciclic şi permanent reînnoit.

Precizare

Planurile de îngrijire, aşa cum le găsim descrise în diverse publicaţii, pot fi considerate planuri de referinţă care furnizează linii directoare şi care trebuie luate în seamă.

Toate pot fi instrumente de lucru utile şi trebuie folosite ca puncte de plecare, pentru că aduc informaţiile de bază, ajută învăţarea, uşurează demarajul planificării, ajută la stabilirea unui plan de îngrijire individualizat.

Utilizarea lui nu trebuie să se facă orbeşte, pentru că în nici un plan standard – scris în termeni generali – nu pot fi cuprinse şi tratate toate problemele particulare.

Analizând cu atenţie planul standard, putem determina ce se aplică la pacientul nostru, astfel încât obiectivele acestuia să fie extrem de specifice şi individualizate. Un plan de îngrijire extensiv ţine cont atât de prescripţiile medicale, cât şi de intervenţiile autonome ale asistentei. Astfel, asistenta trebuie să verifice prescripţia medicului înainte de a-şi planifica intervenţiile autonome.

De exemplu: unul din pacienţi prezintă ca diagnostic de îngrijire „intoleranţă la activitate". Asistenta nu va putea să-şi planifice mijloacele de intervenţie pentru această problemă înainte de a şti care sunt activităţile autorizate de medic.

Înainte de a decide intervenţiile autonome, asistenta va verifica prescripţiile medicale referitoare la:

- limitarea activităţilor fizice
- restricţii alimentare
- alte prescripţii ale medicului cu rol delegat.

PARTEA A DOUA

NEVOILE FUNDAMENTALE

ale fiinţei umane şi probleme de îngrijire

„Respirația corectă este le fel de necesară ca și hrana".
(Vechi proverb hindus)

1. NEVOIA DE A RESPIRA ȘI A AVEA O BUNĂ CIRCULAȚIE

A. RESPIRAȚIA

Definiție

A respira reprezintă nevoia ființei umane de a capta oxigenul din mediul înconjurător, necesar proceselor de oxidare din organism, și de a elimina dioxidul de carbon rezultat din arderile celulare.

I. *Independența în satisfacerea nevoii de a respira*

Este determinată de menținerea integrității căilor respiratorii și a mușchilor respiratori, de funcționarea lor eficientă.

Etapele respirației:

a) *Ventilația* – reprezintă pătrunderea aerului încărcat cu oxigen în plămâni și eliminarea aerului încărcat cu dioxid de carbon. Ventilația are doi timpi: inspirația și expirația; ea este influențată de:
- permeabilitatea căilor respiratorii;
- concentrația oxigenului în aerul respirat;
- maturitatea centrului respirator bulbar;
- expansiunea cutiei toracice;
- funcționarea normală a centrilor care reglează respirația.

b) *Difuziunea gazelor* – este procesul prin care oxigenul din alveolele pulmonare trece în capilarele perialveolare și CO_2 din capilare trece în alveolele pulmonare. Este influențată de:
- diferența de presiune a O_2 în aerul alveolar și concentrația O_2 din sânge;
- starea peretelui alveolar;
- mărimea suprafeței alveolare

c) *Etapa circulatorie* – constă în conducerea O_2 prin vasele arteriale la ţesuturi şi a CO_2 adus de la ţesuturi, prin vasele venoase, la plămân, pentru a se elimina. Este influenţată de:

- cantitatea de hemoglobină din sânge;
- debitul cardiac;
- numărul de hematii;
- permeabilitatea reţelei periferice arteriale

d) *Etapa tisulară* – reprezintă schimbul de gaze dintre sânge şi ţesuturi, cu ajutorul unui sistem enzimatic complex.

Asistenta medicală face observaţii privind etapa ventilatorie a respiraţiei.

Factorii care influenţează satisfacerea nevoii de a respira

Factori biologici	– *Vârsta* – la copii, numărul de respiraţii pe minut este mai mare ca la adult; – *Sexul* – la femei se înregistrează valori ale frecvenţei respiratorii la limita maximă a normalului, la bărbaţi la limita minimă; – *Statura* – la persoanele mai scunde, numărul de respiraţii pe minut este mai mare decât la persoanele înalte; – *Somnul* – în timpul somnului, frecvenţa respiraţiilor este mai scăzută decât în timpul stării de veghe; – *Postura* – poziţia corectă a toracelui permite expansiunea plămânului în timpul respiraţiei. Individul sănătos poate respira în ortostatism, şezând, culcat. Poziţia care favorizează respiraţia este cea şezând şi ortostatică, prin contracţia corespunzătoare a diafragmei; – *Alimentaţia* – influenţează menţinerea umidităţii căilor respiratorii şi prin aportul de glucoză favorizează o bună funcţionare a diafragmei şi a celorlalţi muşchi respiratori; – *Exerciţiul fizic* – influenţează frecvenţa respiraţiei • persoanele neantrenate dau semne de oboseală la un efort mai mic decât cele antrenate;
Factori psihologici	– *Emoţiile* – influenţează frecvenţa şi amplitudinea respiraţiei; aceeaşi influenţă o au plânsul, râsul;
Factori sociologici	– *Mediul ambiant* – procentajul adecvat de oxigen (21%) din aerul atmosferic favorizează respiraţia; mediul poluat, încărcat cu particule microbiene, chimice, influenţează negativ respiraţia; umiditatea aerului inspirat de 50-60% creează un mediu confortabil; – *Climatul* – influenţează frecvenţa respiraţiei; căldura determină creşterea frecvenţei, frigul – scăderea frecvenţei; vântul perturbă respiraţia; altitudinea, prin rarefierea aerului, determină creşterea frecvenţei; – *Locul de muncă* – prin poluare chimică sau microbiană, devine un mediu nefavorabil bunei respiraţii;

Manifestări de independenţă

Frecvenţa respiraţiei	– reprezintă numărul de respiraţii pe minut – este influenţată de vârstă şi sex la nou-născut – 30-50 r/min la 2 ani – 25-35 r/min la 12 ani – 15-25 r/min adult –16-18 r/min vârstnic – 15-25 r/min
Amplitudinea	– este dată de volumul de aer care pătrunde şi se elimină din plămân la fiecare respiraţie. Din acest punct de vedere respiraţia poate fi profundă sau superficială;
Ritmul	– reprezintă pauzele egale dintre respiraţii, deci, respiraţia este ritmică;
Zgomotele respiratorii	– normal, respiraţia este liniştită; în somn, devine mai zgomotoasă (sforăit);
Simetria mişcărilor respiratorii	– ambele hemitorace prezintă aceeaşi mişcare de ridicare şi coborâre în timpul inspiraţiei şi expiraţiei;
Tipul de respiraţie	– sunt trei tipuri de respiraţie: – costal superior, întâlnit la femeie, prin ridicarea părţii superioare a cutiei toracice, datorită măririi diametrului anteroposterior în timpul inspiraţiei; – costal inferior, întâlnit la bărbat, prin mărirea diametrului lateral al cutiei toracice; – abdominal, întâlnit la copii şi vârstnici, prin mărirea diametrului vertical al cutiei toracice;
Mucozităţi	– mucoasa respiratorie este umedă, secreţii reduse, transparente, dense;
Tusea	– reprezintă o expiraţie forţată, prin care se elimină secreţiile din căile respiratorii; este un fenomen de protecţie al organismului.

Intervenţiile asistentei pentru menţinerea independenţei în satisfacerea nevoii

- explorează deprinderile de respiraţie ale pacientului
- învaţă pacientul:
  - să facă exerciţii respiratorii
  - să facă exerciţii de mers, de relaxare
  - să aibă posturi adecvate, care să favorizeze respiraţia
  - să înlăture obiceiurile dăunătoare (îmbrăcăminte strâmtă, tabagism, mese copioase)

II. *Dependența în satisfacerea nevoii*

În satisfacerea nevoii, se manifestă următoarele **probleme**:
1. **Alterarea vocii;**
2. **Dispneea;**
3. **Obstrucția căilor respiratorii.**

Surse de dificultate, care determină nesatisfacerea nevoii de a respira

Surse de ordin fizic	– alterarea mucoasei nazale, faringiene, bronșice, traheale sau parenchimului pulmonar; tabagism; – obstrucția căilor respiratorii; obezitatea; bandaje toracice; dezechilibru hidroelectrolitic; durere;
Surse de ordin psihologic	– anxietatea; stresul; – situația de criză;
Surse de ordin sociologic	– aerul poluat, umed; – altitudinea înaltă;
Lipsa cunoașterii	– cunoașterea de sine; – cunoașterea mediului ambiant; – cunoașterea altor persoane.

Prezentăm trei probleme de dependență:

1. Alterarea vocii

Poate fi cauzată de procese inflamatorii la nivelul căilor respiratorii superioare – nas, faringe, laringe, dar și de prezența alergenilor din mediul înconjurător.

Manifestări de dependență

Disfonie	– tulburări ale emisiunii vocale, interesând înălțimea, intensitatea și timbrul vocii. Se manifestă sub formă de răgușeală, voce stinsă, voce aspră.
Afonie	– imposibilitatea de a vorbi
Senzația de sufocare	– lipsa de aer

2. Dispneea

Se manifestă ca o respirație anevoioasă. Este provocată de numeroase cauze; mai frecvent, de bolile inimii și ale plămânului, dar și ale căilor respiratorii superioare. Aerul pătrunde cu greutate în plămân, având drept consecință oxigenarea defectuoasă a țesuturilor și acumularea de CO_2 în sânge. Pacientul este anxios.

Manifestări de dependență

Ortopnee	– poziție forțată, cu brațele atârnate pe lângă corp, bolnavul stând șezând (poziție care favorizează respirația)
Apnee	– oprirea respirației
Bradipnee	– reducerea frecvenței respirației
Tahipnee	– creșterea frecvenței respirației
Amplitudine modificată	– respirație superficială sau profundă
Hiperventi-lație	– pătrunderea unei cantități mari de aer în plămâni
Hipoventi-lație	– pătrunderea unei cantități mici de aer în plămâni
Tuse	– expirație forțată, ce permite degajarea căilor respiratorii superioare de secreții acumulate
Hemoptizie	– hemoragie exteriorizată prin cavitatea bucală, provenind de la nivelul căilor respiratorii – plămâni
Mucozități (spută)	– amestec de secreții din arborele traheo-bronșic, formate din mucus, puroi, sânge, celule descuamate
Dispnee de tip Cheyne-Stokes	– respirație din ce în ce mai frecventă ajunsă la un grad maxim, după care frecvența scade treptat și este urmată de o perioadă de apnee. Ciclul se reia 15" 15" 20" 15" 15" Apnee 4r 11r 4r
Dispnee Küsmaul	– inspirație lungă urmată de o expirație forțată, apnee. Ciclul se reia
Zgomote respiratorii	– sunt de diferite tipuri: crepitante, romflante, sibilante
Cianoză	– tegumente vinete la nivelul extremităților: nas, buze, lobul urechii, unghii

3. Obstrucția căilor respiratorii

Poate fi produsă de procesele inflamatorii ale căilor respiratorii, dar și de prezența unor corpi străini, pătrunși accidental în căile respiratorii – îndeosebi la copii – ca și de deformări ale nasului.

Manifestări de dependență

Respirație dificilă pe nas	– bolnavul respiră pe gură
Secreții abundente nazale	– secreții mucoase, purulente sau sanguinolente, care împiedică respirația
Epistaxis	– hemoragie nazală
Deformări ale nasului	– deviație de sept, traumatisme
Strănut	– expirare forțată
Aspirație pe nas	– smiorcăit
Tuse	– cu caracter de tuse uscată sau umedă, persistentă
Cornaj	– zgomot inspirator cu caracter de șuierătură, auzibil de la distanță
Tiraj	– depresiune inspiratorie a părților moi ale toracelui suprasternal, epigastru, intercostal

– Intervențiile asistentei –

Pacientul cu deficiențe respiratorii

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să respire liber, pe nas	– *la nivelul nasului* – îndepărtează secrețiile nazale – umezește aerul din încăpere – asigură un aport suficient de lichide pe 24 de ore
Pacientul să nu devină sursă de infecție	– educă pacientul pentru a folosi batista individuală, de unică folosință – educă pacientul pentru a evita împrăștierea secrețiilor nazale

Oprirea epistaxisului	– așază pacientul în decubit dorsal, cu capul în hiperextensie – comprimă cu policele, pe septul nazal, nara care sângerează timp de 5-10 minute – aplică comprese reci pe frunte, nas sau ceafă – recomandă pacientului să nu-și sufle nasul
Pacientul să prezinte mucoase respiratorii umede și integre	– *la nivelul faringelui și laringelui* – umezește aerul din încăpere – recomandă pacientului repaus vocal absolut – favorizează modalități de comunicare nonverbală
Pacientul să înghită fără dificultate	– întrerupe alimentația solidă – recomandă gargară cu soluții antiseptice – alimentează pacientul cu lichide călduțe
Pacientul să fie echilibrat psihic	– pregătește psihic pacientul, în vederea aplicării tehnicilor de îngrijire și în vederea aspirării secrețiilor bronșice
Pacientul să prezinte rezistență crescută față de infecție	– învață pacientul să evite schimbările bruște de temperatură și de asemenea, aglomerațiile
Pacientul să prezinte căi respiratorii permeabile și o bună respirație	– *la nivelul plămânului și bronhiilor* – învață pacientul să tușească, să expectoreze și să colecteze sputa – umezește aerul din încăpere cu apă alcoolizată – aspiră secrețiile bronșice, dacă este cazul – învață pacientul să facă gimnastică respiratorie – asigură poziția șezând sau semișezând a pacienților cu dispnee – învață pacientul să renunțe la obiceiurile dăunătoare (fumat) – administrează tratamentul prescris: antitusive, expectorante, bronhodilatatoare, decongestionante ale mucoasei traheo-bronșice
Pacientul să fie echilibrat psihic	– asigură poziție antalgică – învață pacientul să utilizeze tehnici de relaxare – pregătește psihic pacientul, în vederea oricărei tehnici la care va fi supus (puncții, examene radiologice, endoscopice)

„Fiecare are vârsta arterelor sale."
(Cazali)

B. CIRCULAȚIA*

Definiție

Circulația este funcția prin care se realizează mișcarea sângelui în interiorul vaselor sanguine, care are drept scop transportul substanțelor nutritive și a oxigenului la țesuturi, dar și transportul produșilor de catabolism de la țesuturi la organele excretoare.

Un rol important îl dețin sângele și limfa, cuprinse în sistemul circular, și inima, în condiții de integritate anatomică și funcțională.

Asistenta medicală supraveghează circulația prin urmărirea pulsului și a tensiunii arteriale.

I. *Independența în satisfacerea circulației*

a) *PULSUL*

Reprezintă expansiunea ritmică a arterelor, care se comprimă pe un plan osos și este sincronă cu sistola ventriculară. Pulsul ia naștere din conflictul dintre sângele existent în sistemul arterial și cel împins în timpul sistolei. Acest conflict se exteriorizează prin destinderea ritmică a arterei.

Factorii care influențează pulsul

Factori biologici	– *vârsta* – la copilul mic, frecvența este mai crescută decât la adult; de asemenea, la vârstnici – *înălțimea corporală* – persoanele mai scunde au frecvența pulsului mai mare decât a celor înalte – *somnul* – frecvența pulsului în timpul somnului este mai redusă – *alimentația* – în timpul digestiei, frecvența pulsului crește – *efortul fizic* – determină creșterea frecvenței pulsului, care scade după încetarea efortului
Factori psihologici	– emoțiile – plânsul } produc creșterea frecvenței pulsului – mânia
Factori sociali	– *mediul ambiant* – prin concentrația în oxigen a aerului inspirat, influențează frecvența pulsului

*Deoarece în practică ne întâlnim frecvent cu situații în care modificările respiratorii determină și modificări ale parametrilor cardiovasculari (puls, tensiune arterială) și invers, am considerat necesar să tratăm nevoia de a avea o bună circulație împreună cu însăși nevoia de a respira.

Manifestările de independență

Frecvența **Sfigmogramă**	Reprezintă numărul de pulsații pe minut – la nou-născut ⇨ 130-140 pulsații/minut – la copilul mic ⇨ 100-120 pulsații/minut – la 10 ani ⇨ 90-100 pulsații/minut – la adult ⇨ 60-80 pulsații/minut – vârstnic ⇨ peste 80-90 pulsații/minut a) anacrotă; b) catacrotă; c) inflexiune dicrotă
Ritm	– pauzele dintre pulsații sunt egale, pulsul este ritmic
Amplitudine (volum)	– este determinată de cantitatea de sânge existentă în vase – este mai mare cu cât vasele sunt mai aproape de inimă – la arterele simetrice, volumul pulsului este egal
Tensiunea pulsului	– este determinată de forța necesară în comprimarea arterei, pentru ca unda pulsatilă să dispară
Celeritatea	– reprezintă viteza de ridicare și coborâre a undei pulsatile
Colorația tegumentelor	– colorație roz a tegumentelor inclusiv a extremităților – tegumentele sunt calde

b) *TENSIUNEA ARTERIALĂ*

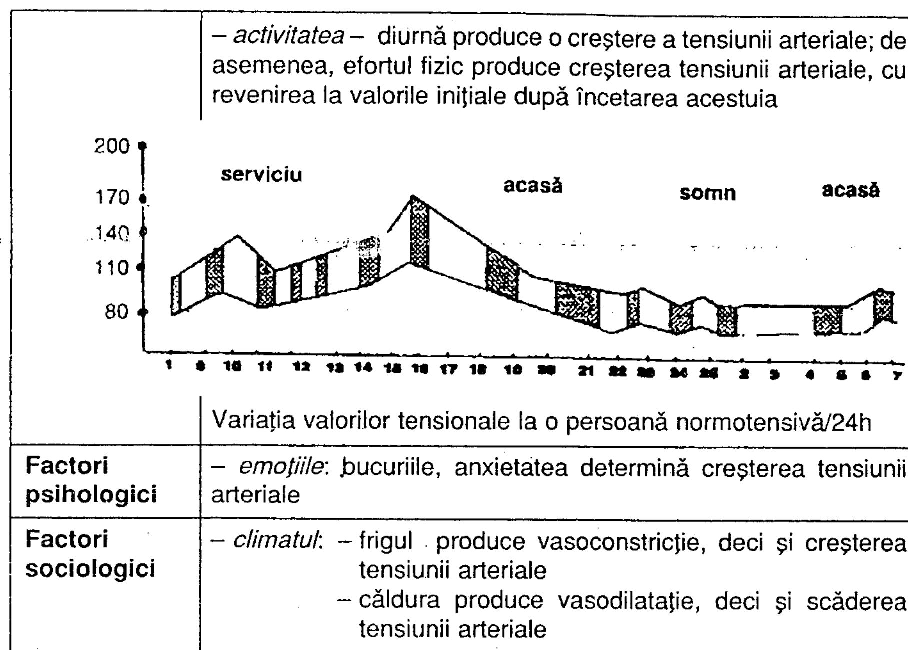
Reprezintă presiunea exercitată de sângele circulant asupra pereților arteriali.
Factorii care determină tensiunea arterială:
- debitul cardiac
- forța de contracție a inimii
- elasticitatea și calibrul vaselor
- vâscozitatea sângelui

Tensiunea scade de la centru spre periferie.

Factorii care influențează tensiunea arterială

Factori biologici	– *vârsta* – tensiunea este mai mică la copil și crește pe măsură ce înaintează în vârstă; se stabilește la adult; crește ușor la persoana vârstnică – *somnul* – tensiunea arterială în timpul somnului este mai mică decât în perioada de veghe

	– *activitatea* – diurnă produce o creştere a tensiunii arteriale; de asemenea, efortul fizic produce creşterea tensiunii arteriale, cu revenirea la valorile iniţiale după încetarea acestuia



Variaţia valorilor tensionale la o persoană normotensivă/24h

Factori psihologici	– *emoţiile*: bucuriile, anxietatea determină creşterea tensiunii arteriale
Factori sociologici	– *climatul*: – frigul produce vasoconstricţie, deci şi creşterea tensiunii arteriale – căldura produce vasodilataţie, deci şi scăderea tensiunii arteriale

Manifestări de independenţă

Tensiunea maximă se obţine în timpul sistolei ventriculare	Vârsta	T.A. max	T.A. min.
	1-3 ani	75-90	50-60 mmHg
	4-11 ani	90-110	60-65 mmHg
Tensiunea minimă se obţine în timpul diastolei	12-15 ani	100-120	60-75 mmHg
	adult	115-140	75-90 mmHg
	vârstnic	peste 150	peste 90 mmHg
Tensiunea diferenţială reprezintă diferenţa T.A. max. T.A. min	Ex. T.A. dif. = T.A. max. 140 – T.A. min. 80 = 60 mmHg		
Menţinerea raportului între T.A. max. şi T.A. min.	T.A. min = $\frac{\text{T.A. max.}}{2}$ +1 sau 2		

Intervenţiile asistentei pentru menţinerea independenţei circulaţiei sanguine

educă pacientul:
- pentru asigurarea condiţiilor igienice din încăpere (aerisire)
- să-şi menţină tegumentele curate, integre
- să aibă o alimentaţie echilibrată, fără exces de grăsimi, de clorură de sodiu
- să evite tutunul, consumul exagerat de alcool
- să evite sedentarismul
- să poarte îmbrăcăminte lejeră, care să nu stânjenească circulaţia

II. *Dependenţa în satisfacerea nevoii*

Circulaţia inadecvată

Surse de dificultate care determină nesatisfacerea nevoii de a avea o bună circulaţie

De ordin fizic	– alterarea muşchiului cardiac, a pereţilor arteriali, venoşi; obstrucţii arteriale; supraîncărcarea inimii
De ordin psihologic	– anxietatea, stresul, situaţia de criză
Lipsa cunoaşterii	– cunoştinţe insuficiente despre alimentaţia echilibrată, despre sine, despre alţii, despre obiceiurile dăunătoare

Manifestări de dependenţă

Tegumente modificate	– reci, palide, datorită irigării insuficiente a pielii – cianotice – coloraţie violacee a unghiilor, buzelor, lobului urechii
Modificări de frecvenţă a pulsului	– tahicardie = creşterea frecvenţei pulsului – bradicardie = scăderea frecvenţei pulsului
Modificări de volum al pulsului	– puls filiform, cu volum foarte redus, abia perceptibil – puls asimetric – volum diferit al pulsului la artere simetrice
Modificări de ritm al pulsului	– puls aritmic = pauze inegale între pulsaţii – puls dicrot = se percep două pulsaţii, una puternică şi alta slabă, urmată de pauză

Modificări ale tensiunii arteriale	– hipertensiune arterială = creşterea T.A. peste valorile normale – hipotensiune arterială = scăderea T.A. sub valorile normale – modificări ale T.A. diferenţiale = variaţiile T.A. max. şi T.A. min. nu se fac paralel – T.A. diferită la segmente simetrice (braţ stâng, drept)
Hipoxemie **Hipoxie**	– scăderea cantităţii de oxigen din sânge – diminuarea cantităţii de oxigen în ţesuturi

- Intervenţiile asistentei -

Pacientul cu circulaţie inadecvată

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să prezinte circulaţie adecvată	– învaţă pacientul: • să întrerupă consumul de tutun, alcool • să aibă alimentaţie bogată în fructe, zarzavaturi • să reducă grăsimile şi clorura de sodiu din alimentaţie – administrează medicaţia prescrisă: tonice cardiace, antiaritmice, diuretice, vasodilatatoare, hipotensoare, antianginoase, anticoagulante – urmăreşte efectul medicamentelor – aplică tehnici de favorizare a circulaţiei: exerciţii active, pasive, masaje
Pacientul să fie echilibrat psihic	– informează pacientul asupra stadiului bolii sale, asupra gradului de efort pe care poate să-l depună, asupra importanţei continuării tratamentului medicamentos

Tehnici de evaluare şi îngrijiri asociate nevoii de a respira şi a avea o bună circulaţie

Evaluarea funcţiilor vitale

Funcţiile vitale includ: respiraţia, pulsul, tensiunea arterială şi temperatura. Ele sunt frecvent utilizate ca indicatori ai stării de sănătate sau de boală.

Când se măsoară funcţiile vitale	– când intervine o schimbare în starea de sănătate a unei persoane – când este admis într-o unitate spitalicească (la internare, pe toată perioada spitalizării şi la externare) – înainte şi după proceduri invazive de diagnostic – înainte şi după intervenţii chirurgicale – înainte şi după administrarea medicamentelor care au efect asupra sistemului respirator şi cardiovascular (ex. digitala) – înainte şi după efectuarea intervenţiilor de îngrijire care pot influenţa funcţiile vitale (ex.: mobilizarea pacienţilor imobilizaţi la pat timp îndelungat)
Rolul asistentei în măsurarea funcţiilor vitale	– să pregătească material şi instrumentar corespunzător şi în stare de funcţionare – să pregătească pacientul din punct de vedere fizic (poziţie corespunzătoare şi în acelaşi timp comodă pentru pacient) – să pregătească psihic pacientul (să explice tehnica, să-l convingă de necesitatea efectuării ei şi să-i solicite cooperarea) – să asigure condiţii de microclimat care să nu influenţeze funcţiile vitale (linişte, temperatură optimă, umiditate corespunzătoare) – să cunoască variaţiile normale ale funcţiilor vitale, în funcţie de sex şi vârstă – să cunoască antecedentele medicale ale pacientului şi tratamentele prescrise (unele modifică funcţiile vitale) – să respecte frecvenţa de evaluare a funcţiilor vitale în raport cu starea pacientului – să comunice medicului modificările semnificative ale funcţiilor vitale

Observarea şi măsurarea respiraţiei

Scop	– evaluarea funcţiei respiratorii a pacientului fiind un indiciu al evoluţiei bolii, al apariţiei unor complicaţii şi al prognosticului
Elemente de apreciat	– tipul respiraţiei – amplitudinea mişcărilor respiratorii – ritmul – frecvenţa
Materiale necesare	– ceas cu secundar – creion de culoare verde sau pix cu pastă verde – foaia de temperatură
Intervenţiile asistentei	– aşezarea pacientului în decubit dorsal, fără a explica tehnica ce urmează a fi efectuată – plasarea mâinii, cu faţa palmară pe suprafaţa toracelui

Ziua					4I	5I	6I	7I	8I	9I	10I	11I	12I	13I	14I
Zile de boală					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
D	R	T.A.	P	T	D S	D S	D S	D S	D S	D S	D S	D S	D S	D S	D S
3000	60	30	160	41°											
2500	50	25	140	40°											
2000	40	20	100	38°											
1500	30	15	100	38°											
1000	20	10	80	37°											
500	10	5	60	36°											
0	0	0	40	35°											

	– numărarea inspirațiilor timp de un minut – consemnarea valorii obținute printr-un punct pe foaia de temperatură (fiecare linie orizontală a foii reprezintă două respirații) – unirea cu o linie a valorii prezente cu cea anterioară pentru obținerea curbei – în alte documente medicale se poate nota cifric valoarea obținută, cât și caracteristicile respirației: ex.: R_S= 20 respirații/minut R_D=18 respirații/minut de amplitudine medie, corespunzătoare, ritm regulat – aprecierea celorlalte elemente ale funcției respiratorii se face prin simpla observare a mișcărilor respiratorii

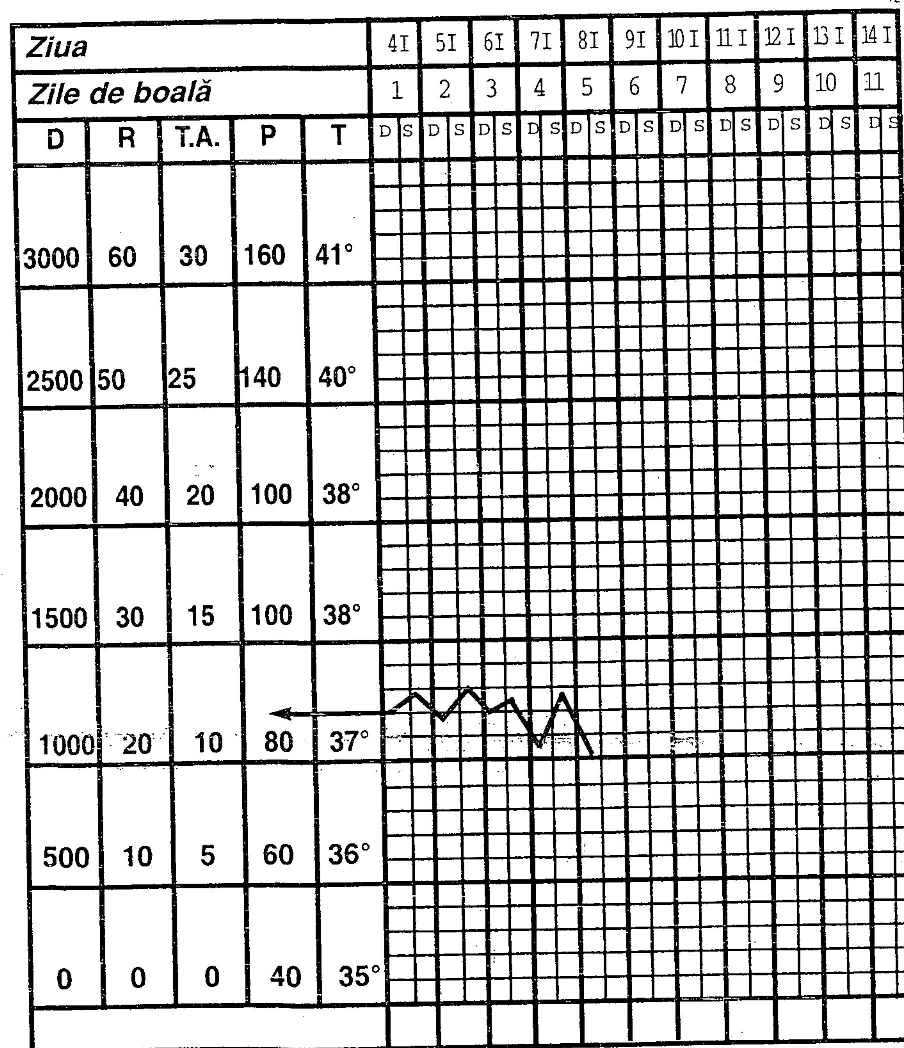
■ NOTĂ:
Pentru foile de temperatură în care respirația este înscrisă cu valori ce cresc din cinci în cinci, pentru fiecare linie orizontală se consideră o respirație.

Măsurarea pulsului

Scop	– evaluarea funcției cardiovasculare
Elemente de apreciat	– ritmicitatea – frecvența – celeritatea – amplitudinea

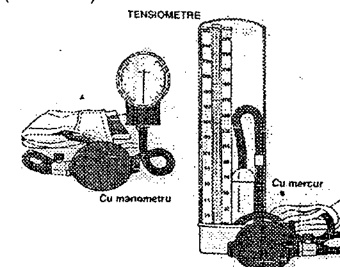
Fig. 1 – Locuri de măsurare a pulsului

NOTAREA GRAFICĂ A PULSULUI



Locuri de măsurare	– oricare arteră accesibilă palpării și care poate fi comprimată pe un plan osos: artera radială, femurală, humerală, carotidă, temporală, superficială, pedioasă (Fig. 1)
Materiale necesare	– ceas cu secundar – creion roșu sau pix cu mină roșie
Intervențiile asistentei	– pregătirea psihică a pacientului – asigurarea repausului fizic și psihic 10-15 minute – spălarea pe mâini – reperarea arterei – fixarea degetelor palpatoare pe traiectul arterei – exercitarea unei presiuni asupra peretelui arterial cu vârful degetelor – numărarea pulsațiilor timp de 1 minut – consemnarea valorii obținute printr-un punct pe foaia de temperatură, ținând cont că fiecare linie orizontală a foii reprezintă patru pulsații – unirea valorii prezente cu cea anterioară cu o linie, pentru obținerea curbei – consemnarea în alte documente medicale a valorii obținute și a caracteristicilor pulsului Ex.: 12.II.1996 P_D =80/minut P_S = 90/minut puls regulat

Măsurarea tensiunii arteriale

Scop	– evaluarea funcției cardiovasculare (forța de contracție a inimii, rezistența determinată de elasticitatea și calibrul vaselor)
Elemente de evaluat	– tensiunea arterială sistolică (maxima) – tensiunea arterială diastolică (minima)
Materiale necesare	– aparat pentru măsurarea tensiunii arteriale: – cu mercur Riva-Rocci – cu manometru – oscilometru Pachon – stetoscop biauricular – tampon de vată – alcool – creion roșu sau pix cu mină roșie  *Fig. 2* – Tipuri de tensiometre

Metode de determinare	– palpatorie – auscultatorie
Intervențiile asistentei	*a. pentru metoda auscultatorie* – pregătirea psihică a pacientului – asigurarea repausului fizic și psihic timp de 15 minute – spălarea pe mâini – se aplică manșeta pneumatică pe brațul pacientului, sprijinit și în extensie (Fig. 4) – se fixează membrana stetoscopului pe artera humerală, sub marginea inferioară a manșetei – se introduc olivele stetoscopului în urechi – se pompează aer în manșeta pneumatică, cu ajutorul perei de cauciuc până la dispariția zgomotelor pulsatile – se decomprimă progresiv aerul din manșetă prin deschiderea supapei, până când se percepe primul zgomot arterial (care reprezintă valoarea tensiunii arteriale maxime) – se reține valoarea indicată de coloana de mercur sau acul manometrului, pentru a fi consemnată – se continuă decomprimarea, zgomotele arteriale devenind tot mai puternice

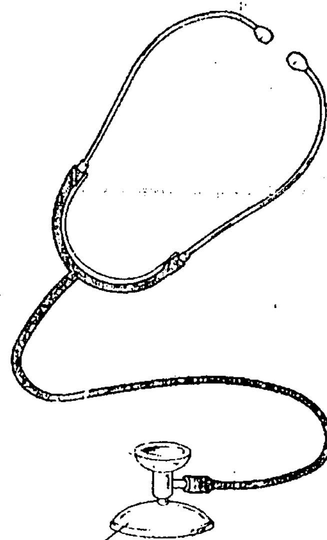


Fig. 3 – Stetoscopul biauricular

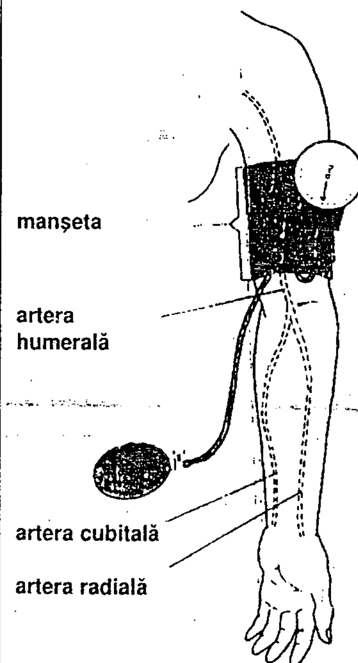


Fig. 4 – Aplicarea manșetei tensiometrului

Zile					4 I	5 I	6 I	7 I	8 I	9 I	10 I	11 I	12 I	13 I	14 I
Zile de boală					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
D	**R**	**T.A.**	**P**	**T**	D S	D S	D S	D S	D S	D S	D S	D S	D S	D S	D S
3000	60	30	160	41°											
2500	50	25	140	40°											
2000	40	20	100	38°											
1500	30	15	100	38°											
1000	20	10	80	37°											
500	10	5	60	36°											
0	0	0	40	35°											

- se reține valoarea indicată de coloana de mercur sau de acul manometrului, în momentul în care zgomotele dispar, aceasta reprezentând tensiunea arterială minimă
- se notează pe foaia de temperatură valorile obținute cu o linie orizontală de culoare roșie, socotindu-se pentru fiecare linie a foii o unitate coloană de mercur
- se unesc liniile orizontale cu linii verticale și se hașurează spațiul rezultat
- în alte documente medicale se înregistrează cifric:
  Ex.: T.A. max.=150 mmHg
  T.A. min.= 75 mmHg
- se dezinfectează olivele stetoscopului și membrana cu alcool

b. pentru metoda palpatorie
- determinarea se face prin palparea arterei radiale
- nu se folosește stetoscopul biauricular
- etapele sunt identice metodei auscultatorii
- are dezavantajul obținerii unor valori mai mici decât realitatea, palparea pulsului periferic fiind posibilă numai după reducerea accentuată a compresiunii exterioare

c. metoda oscilometrică este descrisă în **„Breviar de explorări funcționale“** de Lucreția Titircă, ediția 1994

■ DE REȚINUT:
- manșeta pneumatică va fi bine fixată pe brațul pacientului
- manometrul va fi plasat la nivelul arterei la care se face determinarea
- măsurarea va fi precedată de liniștirea pacientului
- în caz de suspiciune, se repetă măsurarea fără a scoate manșeta de pe brațul pacientului
- la indicația medicului, se pot face măsurători comparative la ambele brațe

Intervenții pentru menținerea sau favorizarea expansiunii pulmonare

EXERCIȚII RESPIRATORII

Respirația profundă	- favorizează oxigenarea și ventilația adecvată la pacienții anxioși; crește volumul curent și diminuează spațiul mort - pacientul efectuează o inspirație profundă și o expirație prelungită, cu buzele strânse - este de preferat să se execute în poziție șezând
Respirația diafragmatică	- pacientul este așezat în poziție semișezând, cu genunchii flectați, susținuți în regiunea poplitee cu o pătură rulată
	- mâinile pacientului sunt plasate cu fața palmară, pe abdomen sub coaste - se roagă pacientul să inspire adânc pe nas, cu gura închisă, să stea relaxat, să nu-și arcuiască spatele, să sesizeze ridicarea abdomenului - în timpul expirației pacientul își va contracta mușchii abdominali va ține buzele strânse și se va concentra asupra coborârii abdomenului - timpul afectat exercițiului va crește progresiv de la 5 minute, la 10 minute - exercițiul va fi efectuat de 3-4 ori/zi - după învățarea exercițiului, pacientul îl poate efectua și în poziție șezând, ortostatică sau în timpul mersului

INCITAȚIA SPIROMETRICĂ

Spirometru de debit	- cuprinde una sau mai multe recipiente din plastic, conținând bile colorate - pacientul se așază în poziție șezândă - se introduce piesa bucală în gura pacientului, care va strânge buzele în jurul ei - se solicită pacientului să inspire profund și lent pentru a ridica bilele și a le face să plutească cât mai mult timp (de la două la șase secunde) - se scoate piesa bucală și se expiră normal - înainte de repetarea procedurii, pacientul se va relaxa și va respira normal
Spirometru de volum	- este prevăzut cu un burduf care se ridică la un volum predeterminat - procedura cuprinde etapele prezentate anterior

DRENAJUL TORACIC

Scop	- drenarea lichidelor, sângelui sau aerului din cavitatea pleurală și restabilirea unei presiuni negative care să faciliteze expansiunea plămânului
Condiții esențiale	- sistemul de drenare să fie perfect întreținut, tuburile să nu fie obstruate - respectarea normelor de asepsie
Sisteme de drenaj	- cu un flacon de drenaj (Fig. 5): - este cel mai simplu

	– funcționalitatea drenajului este atestată de apariția unor bule de aer în lichidul din flacon – cu două flacoane de drenaj (Fig. 6): – acest sistem are avantajul măsurării secrețiilor provenind din drenul toracic cu mai multă precizie – cu trei flacoane (Fig. 7): – are avantajul obținerii unei diferențe de presiune în cavitatea pleurală și flacoanele de drenare, ceea ce face să scadă presiunea în interior

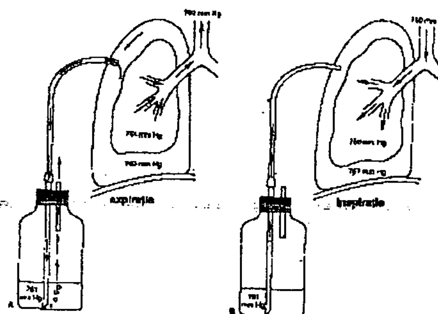


Fig. 5 – Sistem de drenaj cu un flacon

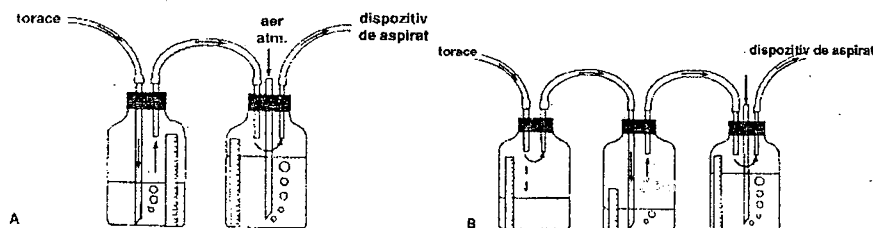


Fig. 6 – Sistem de drenaj cu două flacoane *Fig. 7* – Sistem de drenaj cu trei flacoane

Intervențiile asistentei	– așezarea pacientului în poziție semișezând – explicarea tuturor manevrelor pentru a combate starea de anxietate a pacientului – fixarea tubulaturii la pat și așezarea flaconului sub nivelul toracic – observarea drenajului: volumul, tipul, ritmul scurgerii – observarea fluctuațiilor flotorului – solicitarea pacientului să respire profund și să tușească la două-trei ore pentru a favoriza drenajul lichidelor – în caz de spargere a flaconului, pensarea tubulaturii și schimbarea flaconului

■ DE REȚINUT:
– este interzisă ridicarea flaconului plin cu secreții fără pensarea tubulaturii, deoarece lichidele pot fi reintroduse în cavitatea pleurală

Intervenții pentru mobilizarea secrețiilor

Hidratarea	– este eficace pentru funcționarea sistemului mucociliar – la un pacient cu o hidratare adecvată, o tuse slabă poate ușor disloca secrețiile – se recomandă aproximativ 2000 ml lichide/zi
Umidificarea	– constă în adăugarea vaporilor de apă la aerul inspirat – păstrează căile aeriene umede și permite debarasarea secrețiilor – se realizează cu pulverizatoare sau recipiente cu apă așezate pe o sursă de căldură
Nebulizarea	– constă în adaos de umiditate sau medicamente la aerul inspirat – se realizează prin pulverizare (folosind atomizorul) sau cu ajutorul aerosolilor = un amestec de gaz cu un medicament dispersat în particule sferice de ordinul micronilor (antibiotice, antialergice, bronhodilatatoare, expectorante)
Tapotament	– constă în lovirea peretelui toracic, cu mâna, ritmic, pe toată suprafața, timp de 1-2 minute – încheietura mâinii trebuie să fie relaxată, iar cotul în flexie – pacientul este rugat să respire lent și adânc – toracele pacientului trebuie să fie acoperit – este contraindicat la pacienții cu osteoporoză sau coaste fracturate și la cei cu probleme de sângerare
Vibrația	– pacientul este rugat să inspire adânc pe gură și să expire lent pe nas – în timpul expirației se aplică cu mâna pe peretele toracic o presiune ușoară și oscilatorie – după 5 expirații pacientul este încurajat să tușească și să expectoreze – este contraindicată la sugari și copiii mici
Drenajul postural	– este un procedeu pozițional care permite eliminarea secrețiilor – poziția pacientului se schimbă la 20'-30': – decubit ventral cu perna sub abdomen – decubit ventral cu patul înclinat la 20° – decubit dorsal – decubit lateral drept – decubit lateral stâng – poziție șezând – la sfârșitul fiecărei poziții pacientul este rugat să respire profund – se renunță la pozițiile în care pacientul prezintă disconfort sau dispnee – este contraindicat la pacienții cu leziuni ale măduvei spinării sau cu hipertensiune intracraniană

Intervenţii pentru menţinerea căilor respiratorii libere

INTUBAŢIA

Intubaţia orofaringiană	– se realizează cu ajutorul pipei Guedel (Fig. 8) – tehnica de introducere a pipei Guedel este descrisă în **„Urgenţele medico-chirurgicale"**, de Lucreţia Titircă – important este ca lungimea canulei să fie corespunzătoare: – dacă este prea lungă ar putea împinge limba spre epiglotă şi astfel ar obstrua căile aeriene – dacă este prea scurtă, limba nu poate fi menţinută în partea anterioară a gurii *Fig. 8*– Tehnica intubaţiei orofaringiene cu A. tracţiunea mandibulei B. rotaţia pipei cu 180° între arcadele dentare C. poziţia corectă a pipei D. hiperextensia capului pentru respiraţie artificială
Intubaţia traheală	– este efectuată de medic sau cadre specializate pentru această manevră – sonda de intubaţie poate fi introdusă nasotraheal (pe nas) sau orotraheal (pe gură) *Fig. 9* – Poziţia capului pentru intubaţie traheală *Fig. 10* – Intubaţie orotraheală – se efectuează sub anestezie generală (se mai poate utiliza şi anestezia locală a laringelui) – poziţia pacientului este de decubit dorsal (uneori se poate aşeza sub ceafă un sac cu nisip) (Fig. 9)

	– capul se extinde mult spre spate – se introduce lama laringoscopului în cavitatea bucală, cu blândeţe – se încarcă limba pe lama laringoscopului (Fig. 10) – cu vârful lamei, prin mişcări succesive de înainte-înapoi, se agaţă epiglota care se ridică în sus, descoperind orificiul glotic – în cazul folosirii laringoscopului cu lamă curbă nu este necesară încărcarea epiglotei – se introduce sonda traheală în orificiul glotei, fără a forţa – se verifică prezenţa sondei în trahee: – prin apăsări ritmice pe torace trebuie să se perceapă suflu de aer prin sondă – accidentele intubaţiei traheale: – ruperea corzilor vocale prin utilizarea unor sonde groase sau manevre brutale – rupturi ale traheei prin utilizarea sondelor de calibru mare sau prin destinderea exagerată şi menţinerea timp îndelungat a balonului de etanşare – edemul de glotă după detubare

ASPIRAŢIA OROFARINGIANĂ SAU NASOFARINGIANĂ

Materiale necesare	– dispozitiv de aspiraţie – sonde sterile (Nélaton) – mănuşi sterile – soluţie sterilă pentru umectarea sondei – prosop
Intervenţiile asistentei	– se evaluează semnele şi simptomele care indică prezenţa secreţiilor în căile aeriene superioare – se explică pacientului în ce fel acest procedeu va permite degajarea căilor respiratorii – se asigură intimitatea pacientului printr-un paravan – se instalează pacientul în poziţie adecvată: – semişezând, cu capul într-o parte - pacienţii conştienţi – decubit lateral, cu faţa la asistentă - pacienţii inconştienţi – se protejează lenjeria de corp cu un prosop – spălarea pe mâini – îmbrăcarea mănuşilor sterile – fixarea sondei la aparatul de aspiraţie – măsurarea lungimii sondei, pe obraz, de la nară la tragus – umectarea capătului liber al sondei – introducerea sondei: – pentru aspiraţia orofaringiană sonda se introduce pe marginea gurii, lăsându-o să alunece în orofaringe

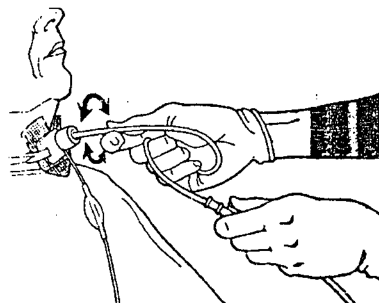
	– pentru aspirația nasofaringiană, sonda se introduce într-o nărină, dirijând-o spre centru, de-a lungul peretelui despărțitor al foselor nazale – se efectuează aspirația timp de 15 secunde, rotind sonda pentru a extrage secrețiile de pe toată suprafața – se extrage sonda – se clătește în soluție sterilă, efectuând o aspirație – se lasă pacientul să se odihnească 20-30 secunde – dacă are canulă pentru oxigenoterapie, se reamplasează în acest interval – se solicită pacientului să respire profund și să tușească între aspirații – după terminarea aspirației, se efectuează igiena bucală; se îndepărtează prosopul – materialele utilizate se curăță, se dezinfectează și se pregătesc pentru sterilizare

DE REȚINUT:
– se vor respecta cu strictețe măsurile de asepsie
– nu se efectuează aspirația în timpul introducerii sondei

TRAHEOSTOMIA

Traheostomia	– constă în realizarea unui orificiu la nivelul traheei – prin incizie chirurgicală – și introducerea unei canule prin acest orificiu în scopul asigurării respirației pe această cale – canula corect introdusă în trahee va avea ca efect: (Fig. 11) – apariția fluxului aerian zgomotos prin canulă – afonie – apariția de cele mai multe ori a tusei – ameliorarea insuficienței respiratorii *Fig. 11* – Poziția canulei traheale
Rolul asistentei în efectuarea traheostomiei	– pregătirea materialelor și instrumentarului necesar: – canule pentru traheostomie – trusă pentru traheostomie – casoletă cu câmpuri sterile – casoletă cu comprese sterile – mănuși sterile – seringi și ace sterile – soluții pentru anestezie locală – soluții antiseptice – pregătirea psihică a pacientului – explicarea procedurii – pregătirea fizică a pacientului – așezarea în poziție de decubit dorsal cu capul în hiperextensie – realizarea câmpului operator: – dezinfecția cu alcool iodat a regiunii cervicale, anterior și lateral – servirea medicului cu instrumentar necesar efectuării anesteziei locale și inciziei – după introducerea canulei, fixarea acesteia în jurul gâtului cu ajutorul unei meșe *Fig. 12* – Canule pentru traheostomie
Îngrijiri după traheostomie	– supravegherea atentă a permeabilității canulei – observarea plăgii (eventuale sângerări) – toaleta plăgii (dacă apar cruste, acestea se înmoaie fără a introduce soluții antiseptice în orificiu) – umidificarea aerului inspirat – schimbarea canulei la intervale stabilite de medic *Fig. 13* – Fixarea canulei – efectuarea toaletei cavității bucale de 3 ori/zi – piesa interioară a canulei va fi curățată frecvent cu soluții – instruirea pacientului și familiei privind îngrijirile la domiciliu
Decanularea	– durează aproximativ o săptămână – scoaterea canulei se face progresiv, timp de câteva ore pe zi, pacientul fiind supravegheat atent – dacă apar semne de hipoventilație se reintroduce, urmând ca în următoarele zile să se prelungească progresiv perioadele fără canulă – trebuie precedată de o bună pregătire psihică a pacientului, care s-a dezobișnuit să respire pe nas și are teamă de asfixie, mai ales în timpul nopții

ASPIRAȚIA TRAHEOBRONȘICĂ

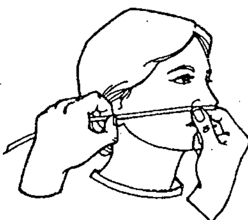
Scop	– prevenirea obstrucției căilor aeriene respiratorii prin stagnarea secrețiilor – prevenirea infecției pulmonare determinată tot de stagnarea secrețiilor
Materiale necesare	– dispozitiv de aspirație – sonde sterile – mănuși sterile – prosop – soluție sterilă pentru umectarea sondei – comprese sterile
Intervenții	– asigurarea intimității – pregătirea psihică a pacientului – pregătirea fizică a pacientului – poziție semișezând, dacă nu este contraindicată – asamblarea echipamentului de aspirație – umectarea sondei ce urmează a fi introdusă prin canulă – introducerea sondei cu mișcări blânde prin orificiul canulei (Fig. 14) – aspirarea secrețiilor timp de cel mult 10 secunde (pentru a nu produce hipoxie) – se repetă aspirarea după oxigenarea pacientului – după terminarea procedurii se curăță canula de traheostomie  *Fig. 14* – Aspirație traheobronșică

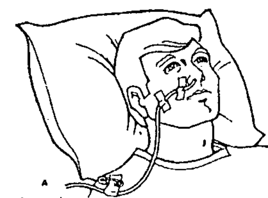
■ **DE REȚINUT:**
– necesitatea efectuării aspirației poate accentua starea de anxietate a pacientului și de aceea este necesară o foarte bună pregătire psihică
– secrețiile trebuie considerate contaminate și de aceea asistenta va lua măsurile ce se impun (mască, ochelari și mănuși de protecție în timpul efectuării tehnicii)
– tehnica se va efectua în condiții de asepsie
– nu se aspiră secrețiile în timpul introducerii sondei
– în timpul aspirației sonda va fi mobilizată prin mișcări de rotație
– sondele pentru aspirație trebuie să fie puțin traumatizante, rotunjite la capătul care aspiră și sterile
– calibrul sondelor să fie adecvat
– sunt de preferat sondele cu orificiu lateral
– sonda va fi curățată cu ser fiziologic după fiecare aspirație.

Intervenții pentru favorizarea oxigenării tisulare

OXIGENOTERAPIA

Scop	– asigurarea unei cantități corespunzătoare de oxigen la țesuturi prin combaterea hipoxiei determinată de: – scăderea oxigenului alveolar – diminuarea hemoglobinei – tulburări în sistemul circulator – probleme care interferează cu difuziunea pulmonară
Surse de oxigen	– stație centrală de oxigen – microstație – butelie cu oxigen
Precauții în utilizarea surselor de oxigen	– deoarece oxigenul favorizează combustia, prezența sa trebuie atenționată – pacienții și vizitatorii vor fi atenționați asupra pericolului fumatului sau al unei flăcări în preajma sursei de oxigen – se vor verifica echipamentele electrice din încăperea respectivă – se vor evita utilizarea materialelor generatoare de electricitate statică (materiale sintetice) și a materialelor inflamabile (uleiuri, alcool) – aparatele de monitorizare sau aspirare vor fi plasate în partea opusă sursei de oxigen – transportul buteliilor cu oxigen se va face pe cărucioare, evitându-se lovirea lor în timpul transportului – buteliile cu oxigen vor fi așezate în poziție verticală, pe un suport și fixate de perete cu inele metalice, departe de calorifer sau sobă – cunoașterea de către personalul care manevrează oxigenul a locului de amplasare a extinctoarelor și a modului de utilizare a acestora
Metode de administrare a oxigenului	*a. prin sondă nazală* – este metoda cea mai frecvent utilizată – permite administrarea oxigenului în concentrație de 25%-45% – poate fi utilizată pentru o terapie pe termen lung – nu poate fi utilizată la pacienții cu afecțiuni ale mucoasei nazale *b. prin mască* (cu sau fără reinhalarea aerului expirat) – permite administrarea oxigenului în concentrație de 40%-60% – este incomodă datorită sistemului de prindere și etanșeizare – accentuează starea de anxietate, mai ales la copii – poate cauza iritația tegumentelor feței – nu se va utiliza la pacienții cu arsuri la nivelul feței

	c. ochelari pentru oxigen – sunt prevăzuţi cu două sonde care se introduc în ambele nări – se utilizează la copii şi pacienţi agitaţi – sunt mai bine toleraţi de pacienţi *d. cortul de oxigen* – frecvent utilizat la copii – concentraţia oxigenului nu poate depăşi 50% – are dezavantajul că atmosfera de sub cort se încălzeşte şi se supraîncarcă cu vapori datorită faptului că pacientul inspiră şi expiră în acelaşi mediu – oxigenul introdus în cort nu va fi umidificat, ci trecut prin instalaţii de răcire – în cort se pot monta instalaţii de răcire – copiii vor fi supravegheaţi permanent, pentru a nu disloca cortul
Echipament necesar administrării oxigenului	– sursă de oxigen – umidificator (recipient pentru barbotarea oxigenului conţinând apă sterilă) – sondă nazală, cateter, mască de oxigen sau cort, în funcţie de metoda aleasă – material adeziv (leucoplast), pentru fixarea sondei
Intervenţiile asistentei	– pregătirea psihică a pacientului asigurându-l de luarea tututor măsurilor de precauţie şi aşezarea pacientului în poziţie corespunzătoare (dacă este posibil: poziţie semişezând, care favorizează expansiunea pulmonară) – asamblarea echipamentului – dezobstruarea căilor respiratorii – măsurarea lungimii sondei, pe obraz, de la nară la tragus (Fig. 15)  *Fig. 15* – Măsurarea sondei – umectarea sondei cu apă sterilă pentru facilitarea inserţiei şi prevenirea lezării mucoasei – introducerea sondei în nară şi fixarea acesteia pe obraz, cu benzi de leucoplast (Fig. 16) – dacă se utilizează mască de oxigen, aceasta se va aşeza acoperind nasul şi gura pacientului şi se va fixa cu o curea în jurul capului – fixarea debitului de administrare a oxigenului, în funcţie de prescripţia medicului – aprecierea răspunsului terapeutic al administrării oxigenului (observarea culorii tegumentelor, măsurarea respiraţiei şi pulsului) – supravegherea pacientului pentru depistarea semnelor de toxicitate sau de apariţie a unor complicaţii – supravegherea echipamentului de administrare a oxigenului (presiune, debit etc.)

	– acordarea suportului psihic al pacientului pe timpul administrării oxigenului şi combaterea oricărei cauze de disconfort – mobilizarea periodică a sondei – scoaterea sondei o dată pe zi şi introducerea ei în cealaltă nară – curăţirea echipamentului la terminarea tehnicii  *Fig. 16* – Fixarea sondei
Incidente şi accidente	– dacă recipientul pentru barbotarea oxigenului se răstoarnă, lichidul poate fi împins de oxigen în căile respiratorii ale pacientului, asfixiindu-l – în cazul utilizării prelungite a oxigenului, în concentraţii mari sau la presiuni ridicate, pot apărea: – iritare locală a mucoasei – congestie şi edemul alveolar – hemoragie intraalveolară – atelectazie – pătrunderea gazului în esofag duce la distensie abdominală

■ DE REŢINUT:
- administrarea oxigenului se va face după permeabilizarea căilor respiratorii
- înainte de efectuarea tehnicii se vor lua toate măsurile de precauţie
- pe timpul administrării se vor supraveghea atent pacientul şi echipamentul de administrare (manometrul de presiune şi indicatorul de debit)

■ NOTĂ:
Resuscitarea cardiorespiratorie este descrisă în **„Urgenţe medico-chirurgicale"**, de Lucreţia Titircă.

„În esenţă, alimentaţia raţională a bolnavului nu se deosebeşte de a unui om sănătos care se hrăneşte raţional."
(I. Gonţea)

2. NEVOIA DE A BEA ŞI A MÂNCA

Definiţie

Oricărui organism îi este necesar să ingereze şi să absoarbă alimente de bună calitate şi în cantitate suficientă, pentru a-şi asigura dezvoltarea, întreţinerea ţesuturilor şi pentru a-şi menţine energia indispensabilă unei bune funcţionări.

I. *Independența în satisfacerea nevoii*

Pentru a se menține sănătoasă, ființa umană are nevoie de o cantitate adecvată de alimente, conținând elementele nutritive indispensabile vieții. Cantitatea și natura alimentelor nutritive sunt în funcție de: sex, vârstă, greutate, înălțime, activitatea depusă, starea de sănătate sau de boală.

O alimentație adecvată trebuie să conțină toți factorii necesari menținerii vieții și asigurării tuturor funcțiilor organismului în condiții normale: **glucide, proteine, lipide, vitamine, apă, săruri minerale.**

Hidrații de carbon (glucide) reprezintă sursa principală energetică a organismului. Digerarea și asimilarea lor nu solicită organismului prea mult, de aceea este bine ca 50% din necesitățile calorice ale organismului să se asigure prin hidrați de carbon, dacă nu există o contraindicație în ceea ce privește aportul lor (diabet zaharat, colită de fermentații, obezitate).

La copii, aportul de glucide trebuie mărit în boli febrile, cașexie, denutriție, afecțiuni hepatice și renale.

Necesarul: 4-6 g/kg corp/24h

Proteinele reprezintă materialele plastice ale organismului, ele înlocuind substanțele distruse prin uzura fiziologică sau patologică. Ele reprezintă, în același timp, o sursă importantă de energie și constituie materia primă a fermenților și a hormonilor.

Necesarul: 4-6 g/kg corp/24h

Aportul insuficient de lungă durată al substanțelor proteice determină scăderea proteinelor plasmatice, distrugerea parenchimului hepatic, apariția unei anemii și, prin reducerea presiunii coloid-osmotice a sângelui, retenția apei în organism, cu formare de edeme.

Creșterea cantității de proteine este indicată în sarcină și alăptare, arsuri, anemii, evacuări pleurale și abdominale, postoperator.

Scăderea cantității este indicată în boli renale, afecțiuni febrile.

Lipidele au valoare calorică mare, alimentele pe această bază având calități energetice mari, într-un volum mic. Pe lângă rolul lor energetic, lipidele intră și în compoziția țesutului nervos și a stromei eritrocitare, iar sub formă depozitară reprezintă rezervele de energie ale organismului și țesutului de susținere pentru organele interne.

Necesarul este de 1-2 g/kg corp/24 h

Rația de grăsimi se va reduce în cazul tulburărilor în metabolismul lor, în insuficiența glandelor care intervin în digestia și metabolizarea lor (insuficiență pancreatică, hepatică, nefroză lipoidică, diabet zaharat, obezitate), boli febrile.

Rația de grăsimi se mărește în stări de subnutriție, hipertiroidism (datorită arderilor exagerate).

Vitaminele sunt necesare menținerii metabolismului normal al organismului. Nevoia de vitamine crește în timpul activității celulare exagerate (majoritatea îmbolnăvirilor).

Necesitățile normale de vitamine pot ajunge până la 150 mg vitamina C; 25 mg vitamina B_1, 6 mg vitamina B_6, 8 mg vitamina PP și 20 mg vitamina K, ceea ce se asigură prin consumarea fructelor, legumelor, salatelor, sucurilor de fructe.

Apa și sărurile minerale – în apă, se petrec toate reacțiile biochimice din organism, sărurile minerale fiind necesare ca substanțe structurale și catalizatoare.

Necesitățile zilnice de apă ale organismului sănătos variază între 2500-3000 ml; ele se acoperă prin lichidele ingerate și arderea hidraților de carbon și a grăsimilor.

O dată cu nevoile de apă, se satisfac și nevoile de săruri minerale. Organismul sănătos necesită în 24 ore: 4 g Na; 3-4 g K; 2 g Ca; 0,15 g Mg; 18 mg Fe; 6 g Cl.

Satisfacerea nevoilor de apă și săruri minerale trebuie să se facă în mod proporționat; altfel, organismul rămâne în dezechilibru hidromineral.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *vârsta și dezvoltarea* – nevoile alimentare sunt variabile în funcție de perioada de creștere și dezvoltare: copil, adolescent, adult, vârstnic – *activități fizice* – cu cât activitatea musculară este mai mare, cu atât crește metabolismul și, implicit aportul alimentar – *orarul și repartizarea meselor* – un program regulat al meselor este recomandat tuturor indivizilor; intervalul între mese este în funcție de vârstă
Factori psihologici	– *emoțiile* – (griji sau bucurie) influențează consumul de hrană, astfel că unii indivizi își pierd apetitul, iar alții reacționează consumând mai multe alimente – *anxietatea* – hrănirea este strâns legată de satisfacerea unei nevoi de securitate, de dragoste și de bunăstare
Factori sociologici	– *climatul* – iarna, indivizii au nevoie de mai multe calorii (mese calde și nutritive), iar vara, sunt preferabile mesele ușoare și o cantitate crescută de lichide – *statutul socio-economic* – deprinderile alimentare bune se formează din fragedă copilărie și, uneori, pot fi influențate de apartenența la un grup social, sărăcia influențează negativ satisfacerea nevoii – *religia* – în funcție de apartenența lor religioasă, indivizii au anumite ritualuri alimentare: post urmat de sărbători mari, interzicerea consumului unor alimente (carne de porc, cafea, alcool), dar și prepararea și servirea alimentelor după un anumit ritual – *cultura* – alimentația este strâns legată de tradițiile și superstițiile fiecărei culturi.

Manifestări de independență

Cavitatea bucală	– dentiție bună – proteză dentară adaptată și în stare bună – mucoasa bucală roz și umedă – limba roz – gingii roz și aderente dinților
Masticația	– ușoară, eficace – gura închisă
Reflex de deglutiție	– prezent
Digestie	– lentă – nestingherită
Deprinderi alimentare	– programul meselor (3 mese și 2 gustări) – 10 ore repaus nocturn
Apetit	– poftă de mâncare – senzație agreabilă, tradusă prin dorința de hrană
Foame	– senzație dezagreabilă, tradusă prin nevoia de a mânca
Sațietate	– senzație de plenitudine, resimțită de individ atunci când nevoia de hrană este satisfăcută
Hidratare	– consum de lichide în funcție de nevoie
Gust și valoare acordate mâncării	– alegerea alimentelor – servirea mesei singur sau în grup – tradiții – obiceiuri alimentare – educație

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței în satisfacerea nevoii

- asistenta calculează necesarul de calorii pe 24 ore, în funcție de: *activitate:*
  - în repaus, 25 cal./kg corp/ 24 h
  - activitate ușoară: 35-40 cal./kg corp/24h
  - activitate medie: 40-45 cal./kg corp/24 h
  - activitate intensă: 45-60 cal./kg corp/24 h
- calculează necesarul de calorii pe 24 h, în funcție de *vârstă*
  - plus 20-30% pentru copii (nevoie de creștere)
  - minus 10-15% pentru vârstnici
- calculează rația alimentară echilibrată:
  - număr de calorii în funcție de vârstă și activitate
- asigură echilibrul între elementele energetice și cele neenergetice (apă, vitamine, săruri minerale)

- asigură echilibrul între principiile nutritive fundamentale astfel: 50-55% hidrați de carbon, 10-15% proteine; 30-40% lipide
- asigură echilibrul între produsele de origine animală și vegetală:
  - 40% proteine de origine animală
  - 60% proteine de origine vegetală
  - 35% lipide de origine animală
  - 65% lipide de origine vegetală
- asigură echilibrul între aciditate și alcalinitate
- calculează numărul de calorii/kg corp/24h în stări fiziologice: sportivi, sarcină și alăptare: + 30%
- rația alimentară să cuprindă alimente din toate grupele ghidului alimentar, cunoscând valoarea energetică a principiilor alimentare:
  - glucide: 4,1 cal. prin metabolizarea unui gram
  - lipide: 9,3 cal. prin metabolizarea unui gram
  - proteine: 4,1 cal. prin metabolizarea unui gram
- cercetează gusturile și deprinderile alimentare ale individului
- alege alimentele ținând seama de preferințele, deprinderile și nevoile pacientului
- înlocuiește, la nevoie, un aliment cu altul, conform echivalențelor cantitative și calitative ale diferitelor principii alimentare

II. *Dependența în satisfacerea nevoii*

Când această nevoie nu este satisfăcută, survin următoarele **probleme de dependență:**

1. **Alimentația și hidratarea inadecvată prin deficit**
2. **Alimentația și hidratarea inadecvată prin surplus**
3. **Dificultate de a se alimenta și hidrata**
4. **Dificultate de a urma dieta**
5. **Grețuri sau vărsături**
6. **Refuz de a se alimenta și hidrata**

(anexele 2 și 3) — pentru punctele 3–6

Surse de dificultate

Surse de ordin fizic	– alterarea mucoaselor căilor degestive și a peristaltismului intenstinal – alterarea parenchimului hepatic sau a căilor biliare – obstrucții, tumori, strangulări – tubaj nazo-gastric – supraîncărcare: intoxicații alcoolice, abuz de medicamente – dezechilibre: durere dezechilibre metabolice electrolitice, endocrine neurologice
Surse de ordin psihologic	tulburări de gândire – anxietate – stres – situații de criză

Surse de ordin sociologic	– foame – insalubritate – malnutriție
Lipsa cunoașterii	– lipsa de cunoștințe – insuficienta cunoaștere de sine, a celorlalți, a mediului înconjurător

Prezentăm două probleme de dependență:

1. Alimentația și hidratarea inadecvată prin deficit

Deficitul este un aport insuficient de elemente nutritive, o insuficiență în cantitate și calitate, care afectează starea nutrițională a individului. Sunt implicați o serie de factori, printre care: proaste obiceiuri în legătură cu alimentația, boli organice și psihice, intoxicații alcoolice, medicamentoase etc.

Insuficiența aportului alimentar și lichidian determină tulburări la nivelul funcționării tuturor aparatelor și sistemelor organismului (denutriție, deshidratare).

Manifestări de dependență

Anorexie	– lipsa poftei de mâncare
Disfagie	– greutate la înghițire
Condiția cavității bucale	– absența dinților, carii dentare, gingivite – ulcerații ale buzelor, ale mucoasei bucale – limbă încărcată, depunere saburală, glosite – dificultate în masticație
Starea tegumentelor	– tegumente uscate, pierderea elasticității – acnee, dermatită
Digestie	– dificultate în digestia și absorbția alimentelor – greață, vărsătură – regurgitații – aerofagie, pirozis
Deprinderi alimentare	– greșeli în prepararea alimentelor – greșeli în alegerea alimentelor – orar nesatisfăcător al meselor – pierderea obișnuinței prin schimbarea condițiilor de mediu
Hidratare	– consum redus de lichide și săruri minerale – pierdere în greutate
Semne de dezechilibru	– slăbiciune – tegumente și mucoase uscate – urini concentrate
Gust și valoare acordate mâncării	– dezordonat – mănâncă în picioare sau în pat – obiceiuri greșite (consumă numai un fel, numai rece etc.)

– Intervențiile asistentei –

Pacientul cu alimentație inadecvată (deficit)

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI
Pacientul să aibă o stare de bine, fără grețuri și vărsături	– așază pacientul în poziția semișezând, șezând sau în decubit dorsal, cu capul într-o parte – protejează lenjeria cu mușama și aleză, în funcție de poziția pacientului – ajută pacientul în timpul vărsăturilor, sprijinindu-l – îl învață să inspire profund – aplică tratamentul medicamentos: antiemetice, vitamine, săruri minerale – încurajează pacientul – reduce sau oprește aportul de lichide și alimente
Pacientul să fie echilibrat hidro-electrolitic	– alimentează pacientul parenteral, instituind perfuzii cu glucoză 5%, 10%, 20%, 33%, 40%; hidrolizate de proteine și amestecuri de aminoacizi (Marisang, Aminomel), vitamine și electrolizi, după indicația medicului – calculează numărul de calorii în funcție de diferite stări patologice; adaugă 13% pentru fiecare grad de temperatură peste 37°C; 20-30% pentru agitație, convulsii, distrucții celulare – după încetarea vărsăturilor, rehidratează pacientul treptat, cu cantități mici de lichide reci, oferite cu lingurița – explorează gusturile și obiceiurile alimentare ale pacientului – conștientizează pacientul asupra importanței regimului alimentar în menținerea sănătății – face bilanțul lichidelor ingerate și eliminate
Pacientul să fie echilibrat nutrițional	– explorează preferințele pacientului asupra alimentelor permise și interzise – servește pacientul cu alimente la o temperatură moderată, la ore regulate și prezentate atrăgător – învață pacientul categoriile de alimente din ghidul alimentar și echivalențele cantitative și calitative ale principiilor alimentare, în vederea înlocuirii unui aliment cu altul – 100 g de glucide sunt cuprinse în: 100 g zahăr; 120 g orez; 135 g tăiței; 200 g pâine; 450 g fructe uscate; 200 g legume uscate; 500 g cartofi; 650 g fructe proaspete – 100 g proteine sunt cuprinse în: – 3000 ml lapte, 450 g carne albă (pasăre, vițel), 650 g pește, 400 g brânză

	– 100 g lipide sunt cuprinse în aceeaşi cantitate de ulei vegetal, unt, untură de porc – lasă pacientul să aleagă alimentele după gusturile sale, respectând contraindicaţiile regimului
Pacientul să fie echilibrat psihic	– asigură un climat cald, confortabil – încurajează pacientul – îi explică scopul intervenţiilor

2. Alimentaţia şi hidratarea inadecvată prin surplus

Surplusul este un aport alimentar exagerat cantitativ şi calitativ.

Toţi indivizii care consumă elemente nutritive în exces, peste necesităţile energetice ale organismului, se îngraşă şi devin obezi. Surplusul de greutate are repercusiuni asupra funcţionării organelor şi sistemelor organismului. Un individ poate ingera o cantitate mare de alimente din mai multe motive: stres, anxietate, singurătate, tulburări psihice, dezechilibru endocrin sau alte dezordini organice.

Manifestări de dependenţă

Indice ponderal: +15-20%	– greutate corporală cu 15-20% mai mare decât greutatea ideală; greutatea ideală se calculează cu formula: $Gkg = 50 + 0,75\,(Tcm-150) + \frac{V-20}{4} \times 0,9$ unde Gkg = greutate corporală exprimată în kg Tcm = talia, exprimată în cm V = vârsta exprimată în ani 0,9 = factor de corecţie care se aplică numai la femei – îngrăşare
Bulimie	– senzaţie exagerată de foame: mănâncă fără control
Polifagie	– nevoie exagerată de a mânca şi absenţa sentimentului de saţietate
Greţuri şi vărsături	– eliminare pe gură, parţial sau în totalitate, a conţinutului gastric

– Intervenţii –

Pacientul cu alimentaţie inadecvată (surplus)

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI
Pacientul să aibă greutate corporală în funcţie de înălţime, vârstă, sex	– asistenta explorează gusturile bolnavului la diferite categorii de alimente – învaţă bolnavul valoarea energetică a alimentelor şi necesarul în funcţie de activităţile fizice şi vârstă – alcătuieşte un regim alimentar hipocaloric

	– urmăreşte bolnavul să consume numai alimentele cuprinse în regim – urmăreşte orarul şi distribuţia meselor – urmăreşte, periodic, greutatea corporală
Pacientul să desfăşoare activitate fizică crescută	– conştientizează bolnavul de importanţa activităţilor fizice moderate – stabileşte un program de activităţi fizice, în funcţie de gusturi şi capacitate, împreună cu bolnavul
Pacientul să fie echilibrat psihic	– asistenta permite exprimarea emoţiilor, a sentimentelor bolnavului – îl învaţă metode de relaxare – la nevoie, administrează medicaţie sedativă

Tehnici de evaluare şi îngrijiri asociate nevoii de a bea şi a mânca

Alimentaţia pacientului

Alimentaţia bolnavului trebuie să respecte următoarele principii:

– înlocuirea cheltuielilor energetice de bază ale organismului – cele necesare creşterii (la copil) sau cele necesare refacerii pierderilor, prin consum (la adulţi)

– asigurarea aportului de vitamine şi săruri minerale necesare metabolismului normal, creşterii (la copil) şi celorlalte funcţii

– favorizarea procesului de vindecare prin cruţarea organelor bolnave; alimentaţia raţională poate influenţa tabloul clinic, caracterul procesului infecţios (patologic) şi ritmul evoluţiei acestuia, devenind astfel un factor terapeutic

– prevenirea unei evoluţii nefavorabile în bolile latente, transformarea bolilor acute în cronice şi apariţia recidivelor

– consolidarea rezultatelor terapeutice obţinute prin alte tratamente.

Ţinând seama de aceste principii, regimul dietetic al pacientului trebuie astfel alcătuit încât să satisfacă atât necesităţile cantitative, cât şi pe cele calitative ale organismului.

ALIMENTAŢIA DIETETICĂ

Înseamnă o contribuţie la tratarea pacientului, prin alimentele ingerate. Regimurile dietetice sunt foarte variate, în funcţie de calitatea şi cantitatea alimentelor ce le compun.

În funcţie de cantitatea alimentelor, regimurile pot fi hipocalorice şi hipercalorice. Din punct de vedere calitativ ele sunt adaptate diverselor categorii de îmbolnăviri.

Regimurile dietetice urmăresc:

- punerea în repaus şi cruţarea unor organe, aparate şi sisteme:
  - regim de cruţare a intestinului gros – în dizenterie;
  - regim de cruţare a mucoasei bucale – stomatită;
  - regim de cruţare a stomacului – gastrită, ulcer gastric;
  - regim de cruţare a ficatului – hepatită, ciroză;
  - regim de cruţare a rinichiului – nefrită, glomerulonefrită, insuficienţă renală acută;
  - la alcătuirea regimurilor de cruţare se va ţine seama de compoziţia chimică a alimentelor, de modul de preparare, precum şi de starea lor de agregaţie;
- echilibrul unor funcţii deficitare sau exagerate ale organismului:
  - în colita de fermentaţie – regim bogat în proteine;
  - în colita de putrefacţie – regim bogat în hidrocarbonaţi;
  - în ciroza hepatică – restricţie de lichide;
  - în insuficienţa cardiacă – restricţie de lichide;
- compensarea unor tulburări rezultate din disfuncţia glandelor endocrine:
  - se va stabili toleranţa la glucide în diabetul zaharat; regimul va corespunde acestei toleranţe;
- satisfacerea unor nevoi exagerate ale organismului:
  - în boli infecţioase – regim bogat în vitamine;
  - afecţiuni osoase – regim bogat în calciu;
  - în tratamentul cu hormoni corticosuprarenali – regim bogat în proteine;
- îndepărtarea unor produse patologice de pe pereţii intestinali:
  - produse patologice ca: mucus, puroi, se pot îndepărta cu ajutorul regimului de mere rase sau morcovi.

– în vederea alcătuirii unui regim dietetic cât mai variat este necesară cunoaşterea echivalenţelor calitative şi cantitative ale principiilor alimentare.

– numărul regimurilor dietetice este variat în funcţie de diversitatea îmbolnăvirilor, de stadiul şi de gravitatea acestora.

Regimul hidric:	– *indicaţii* – în primele zile postoperator, diarei acute, gastrite acute – *alimente permise:* – supe limpezi de legume, ceaiuri îndulcite cu zaharină sau neîndulcite, zeamă de orez, supe diluate şi degresate din carne, apă fiartă şi răcită
Hidro-zaharat:	– *indicaţii* – perioada de debut a hepatitei epidemice: insuficienţa renală acută, insuficienţa hepatică acută, colecistita acută, în perioada febrilă a bolilor infecţioase – *alimente permise* – sucuri de fructe îndulcite, ceaiuri îndulcite, zeamă de compot, zeamă de orez – se administrează în cantităţi mici şi repetate

Semilichid:	– *indicaţii* – colecistită subacută, perioada icterică a hepatitei epidemice, ciroza hepatică, varice esofagiene, după primele zile ale infarctului miocardic acut – *alimente permise:* – supe de făinoase, supe de legume, piureuri de legume, fructe coapte, făinoase, sufleuri de brânză de vaci – mese mici cantitativ şi mai frecvente
Lactat:	– *indicaţii* – în primele 3-5 zile ale fazei dureroase a bolii ulceroase, în primele zile după hemoragia digestivă superioară – *alimente permise* – 1000-2000 ml lapte, eventual îmbogăţit cu frişcă sau smântână
Lacto-făinos:	*vegetarian* – *indicaţii* – după puseul acut al ulcerului în remisiune, după operaţii pe stomac – *alimente permise* – brânză de vaci, ouă moi, caş, lapte, piureuri de legume, smântână, frişcă, făinoase
Hepatic:	– *indicaţii* – hepatită cronică agresivă, ciroză hepatică decompensată, neoplasm hepatic – *alimente permise* – brânză de vaci, caş, urdă, iaurt, carne slabă fiartă, pâine albă prăjită, legume, făinoase, fructe coapte, biscuiţi, supe de făinoase, unt 10 g/zi, ulei 20-30 g/zi.
Renal:	– *indicaţii* – glomerulonefrită acută difuză, insuficienţă renală – *alimente permise* – salată de crudităţi cu untdelemn, fructe crude coapte, compot, supe de legume şi făinoase, prăjituri cu mere, caş, brânză de vaci, urdă, gălbenuş de ou, frişcă, pâine fără sare
Cardio-vascular:	– *indicaţii* – cardiopatii decompensate, hipertensiune arterială, infarct miocardic acut în a doua săptămână de boală – *alimente permise* – lapte, iaurt, brânzeturi, carne slabă fiartă, salată de sfeclă, fructe crude sau coapte, compot, aluat de tartă, dulceaţă, unt 10 g şi ulei 30 g/zi

Diabetic:	– *indicații* – diabetul zaharat – *alimente permise* – în funcție de toleranța la glucide va cuprinde alimente cântărite în mod obligatoriu și alimente necântărite: – alimente cântărite: pâine, lapte, cartofi, făinoase, legume uscate, fructe – alimente necântărite: pește, carne, mezeluri, ouă, supe de carne, sosuri fără făină, ulei
Hipocaloric:	– *indicații* – obezitate, hipertensiune arterială – *alimente permise* – 240 calorii – 300 g brânză de vaci – 400 calorii – lapte, brânză de vaci, carne albă, legume, mere – 600 calorii din aceleași alimente

NOȚIUNI DE GASTROTEHNIE

Gastrotehnia studiază transformările suferite de alimente în cursul pregătirii lor culinare, având în vedere influența acestor modificări asupra stării de sănătate a individului.

Înaintea preparării culinare se cercetează starea de *salubritate* a alimentelor:

Carnea:	– *proaspătă:* – culoare roșie, lucioasă, ușor umedă – *alterată:* – culoare cenușie, verzuie, umedă, lipicoasă
Mezelurile:	– *proaspete:* – suprafață curată, nelipicioasă, masă compactă, legată, miros plăcut – *vechi:* – pete de mucegai, miros neplăcut, sfărâmicioase
Peștele:	– *proaspăt:* – culoare normală, strat umed, bronhii roșii – *alterat:* – cenușiu, verde, negru, bronhii negre, violacee, tegumente moi, rupte

Laptele:	– *proaspăt:* – omogen, consistență fluidă, miros plăcut, gust dulceag – *praf:* – proaspăt – pulbere fină, omogenă, uniformă, miros plăcut – vechi – aglomerări în bulgări, miros neplăcut
Oul:	– *proaspăt:* – după spargere, albușul transparent, reflexe albăstrii, consistență filantă, gălbenuș auriu, uniform, își menține forma – *alterat:* – gălbenușul nu-și menține forma; albușul apos cu miros neplăcut, respingător
Făina:	– *proaspătă:* – pulbere albă-gălbuie, gust puțin dulceag – *alterată:* – amară, acră, miros de mucegai
Conservele:	– *bune:* – capac nebombat, fără pete de rugină, produsul cu proprietăți organoleptice caracteristice conținutului – *alterate:* – capac bombat, pete de rugină, deschise, degajă miros urât

PRELUCRAREA PRELIMINARĂ

– tranșarea cărnii (de vită, porc, pasăre);
– spălarea, eviscerarea păsării;
– curățirea solzilor, eviscerarea peștelui;
– ouăle spălate, sparte în vase curate;
– legumele: sortare, spălare, curățare, tăiere;
– prelucrarea preliminară se va face cu puțin timp înainte (pentru a evita pierderile cantitative și calitative);
– se evită spălarea îndelungată și menținerea în apă (trec factorii nutritivi, vitaminele, mineralele);
– se îndepărtează părți minime exterioare ale unor legume (cartofi, morcovi).

Fierberea	– suprafaţa alimentelor se comportă ca un dializor (trec substanţele minerale în apă dacă aceasta este rece); – dacă se introduc în apă fierbinte, la suprafaţă se creează un strat protector.
Înăbuşirea	– sau fierberea în vapori supraîncălziţi, scurtează timpul de preparare, minimalizează pierderile de vitamine şi minerale.
Prăjirea	– se formează compuşi prin degradarea grăsimilor foarte dăunători organismului; alimentele formează o crustă ce nu permite trecerea substanţelor sapide la exterior (contraindicată).
Frigerea	– se formează o crustă ce menţine substanţele sapide; – se realizează prin expunere directă la radiaţii calorice sau prin aşezarea alimentelor pe placa încinsă.
Coacerea	– alimentele se introduc în atmosferă de aer cald; – se formează o crustă de glucide caramelizată sau proteine coagulate; – alimentele se coc.
Conservarea	– congelare, afumare, murare, sărare, uscare.

ALIMENTAREA PACIENTULUI

Servirea meselor

Modul în care pacientului i se oferă alimentele are, de multe ori, aceeaşi acţiune importantă ca şi regimul propriu-zis.

În legătură cu servirea mesei, asistenta va ţine seama de:

Orarul şi repartizarea meselor:

– intervalul dintre mese trebuie stabilit astfel încât perioada de repaus din cursul nopţii să nu fie mai mare de 10-11 ore, iar în unele cazuri şi mai mic (ulcer gastric)

– pacienţii în stare gravă, febrili, vor fi alimentaţi în momentele de acalmie, indiferent de programul secţiei

– pacienţii cu hipersecreţie gastrică sau boală ulceroasă vor fi alimentaţi la intervale scurte, în funcţie de stadiul de evoluţie; la aceştia alimentele trebuie servite uneori din oră în oră în cursul zilei, adăugând una, două mese şi în cursul nopţii

– pacienţii febrili, adinamici, în stare gravă, nu pot ingera cantitatea obişnuită de alimente şi, de aceea, vor fi alimentaţi după un program special cu mese mici, dese, repartizate atât ziua, cât şi noaptea

– pacienţii cardiaci şi cei cu sistem nervos labil suportă greu o flămânzire mai mare de 6 ore

– alimentele rezervate acestor bolnavi vor fi păstrate în condiţii corespunzătoare la oficiul de alimente

– mesele principale nu vor fi servite niciodată înaintea aplicării tratamentului

– după prânz vor fi rezervate ore de odihnă, întrucât, în această perioadă, procesul de digestie blochează energia organismului prin angajarea unei cantităţi mari de sânge la nivelul organelor abdominale.

Pregătirea servirii meselor:

– hrănirea pacientului nu trebuie să fie tulburată de activitatea secţiei (tratamente, recoltări, vizită medicală etc.)

– înaintea servirii meselor, nu se aplică tratamente dureroase

– se vor înlătura din salon factorii dezagreabili (ploscă, urinare, scuipători)

– pacienţii cu aspect neplăcut (arşi, cu piodermite, cei care varsă) vor fi izolaţi de restul bolnavilor, cu paravane

– saloanele vor fi aerisite, curate, cu ambianţă plăcută, familială

– asistenta îmbracă un halat alb peste uniformă, îşi prinde părul în calotă, îşi spală bine mâinile.

Distribuirea alimentelor:

– servirea estetică şi curată a meselor contribuie la îmbunătăţirea poftei de mâncare a pacienţilor

– asigură declanşarea secreţiei sucurilor digestive şi pe cale psihică

– operativitatea împiedică denaturarea şi răcirea alimentelor (îşi păstrează forma, aspectul şi valoarea calorică iniţială)

– distribuirea alimentelor se face pe baza tabelelor de alimentaţie

– în unele cazuri, asistenta întocmeşte fişe individuale de regim, care se înmânează pacientului o dată cu masa (păstrate, vor ajuta pacientul la domiciliu)

– alimentele se porţionează pe regimuri şi apoi sunt distribuite în salon pe un cărucior special, iar la bolnavi – pe tăvi acoperite

– felurile de alimente se servesc pe rând, pe măsură ce bolnavul consumă felul anterior

– alimentele nu se ating cu mâna

– gustul unor alimente se poate corecta cu: sare, oţet, zahăr (dacă nu contravine dietei)

Ordinea de servire a mesei:

– se va distribui întâi regimul **comun**, apoi regimurile **tip** şi la urmă se va dispune aducerea regimurilor **individuale**, pentru pacienţii a căror alimentaţie nu se încadrează în regimurile tip

– vor lua masa întâi pacienţii ce se pot alimenta singuri, apoi asistenta se va ocupa de cei ce trebuie alimentaţi de ea

– alimentarea artificială se va face în afara programului obişnuit.

Modurile de alimentare a bolnavilor

În funcţie de starea bolnavului, alimentarea lui se face:

– activ – pacientul mănâncă singur în sala de mese sau în salon
– pasiv – pacientului i se introduc alimentele în gură
– artificial – alimentele sunt introduse în organism în condiţii nefiziologice.

ALIMENTAREA ACTIVĂ

În funcție de starea generală, pacientul mănâncă singur, fără ajutor, alimentele oferite.

Alimentarea activă se poate face: *în sala de mese; în salon; la masă sau la pat.*

Pregătiri	*materiale* – tavă, tacâmuri, farfurii, șervețele, cană pentru supă, pahar de apă, fețe de masă, coșuleț de pâine
Condiții de mediu	*sala de mese* – curățenia desăvârșită în sala de mese – aerisirea – se aranjează estetic pe mese mici (4 persoane) tacâmurile, paharele, cana cu apă, șervețelele, flori, numărul regimului – se creează o atmosferă cât mai intimă – se anunță bolnavii să vină la masă – se invită să se spele pe mâini *servirea mesei* – servesc felurile de mâncare pe rând – se ridică imediat vesela folosită – nu se ating alimentele cu mâna – se observă dacă pacientul a consumat alimentele în întregime, în caz contrar se solicită motivul și se iau măsuri de înlocuire – se transportă vesela la oficiu – se aerisește și se curăță sala de mese *condiții de mediu în salon, la masă* – se îndepărtează tot ce ar putea influența negativ apetitul pacientului (tăviță, scuipători, ploscă) – se separă cu paravan pacienții cu aspect dezagreabil pentru ceilalți – se pregătește masa bolnavului: se așază față de masă curată, tacâmuri, cana cu apă, șervețele, sarea (după caz) – se invită pacientul să se spele pe mâini – pacientul este ajutat să se așeze la masă – asistenta îmbracă halatul de protecție, își prinde părul sub bonetă (să nu se atingă de alimente) – se spală pe mâini– servirea mesei se face la fel ca în sala de mese
Alimentarea activă în salon, la pat	– se pregătește salonul ca pentru alimentarea în salon la masă – se așază pacientul în poziție confortabilă, semișezând sau șezând cu ajutorul rezemătorului de pat sau cu perne – se protejează lenjeria de pat cu mușama – se așază peste mușama un lighean – i se oferă pacientului săpunul și i se toarnă să se spele – i se oferă prosopul să-și șteargă mâinile – se îndepărtează materialele folosite – se adaptează masa specială la pat (fig. 17) acoperită cu față de masă sau o tavă acoperită cu șervețel, se așază pe genunchii pacientului, peste pătura acoperită cu aleză – se așază în jurul gâtului un prosop – asistenta îmbracă halatul de protecție – se spală pe mâini și servește masa la fel ca în salon la masă *Fig. 17 – Măsuță specială*
Alimentarea activă la pat, în decubit lateral stâng	– se așază pacientul în decubit lateral stâng cu capul sprijinit pe o pernă – se spală pe mâini – se protejează lenjeria de pat cu aleză, iar cea a bolnavului cu un prosop curat – se așază tava pe marginea patului sau pe un taburet la înălțimea patului – se servesc alimentele pe rând, se taie cele solide – lichidele se servesc în căni speciale cu cioc sau cu ajutorul unor tuburi transparente, curate, fierte – se ridică vesela utilizată, se îndepărtează materialele folosite, se spală pacientul pe mâini

ALIMENTAREA PASIVĂ

Când starea generală a bolnavilor nu le permite să se alimenteze singuri, trebuie să fie ajutați.

Scop	– vor fi hrăniți bolnavii imobilizați, paralizați, epuizați adinamici, în stare gravă sau cei cu ușoare tulburări de deglutiție
Pregătiri	*materiale:* – tavă, farfurii, pahar cu apă sau cană cu cioc, șervet de pânză, cană de supă, tacâmuri *asistenta:* – îmbracă halatul de protecție – așază părul sub bonetă – se spală pe mâini *pacient:* – se așază în poziție semișezând cu ajutorul rezemătoarelor de pat sau în decubit dorsal cu capul ușor ridicat și aplecat înainte pentru a ușura deglutiția

	– i se protejează lenjeria cu un prosop curat – se protejează cu un prosop în jurul gâtului – se adaptează măsuţa la pat şi i se aşază mâncarea astfel încât să vadă ce i se introduce în gură
Servirea mesei	– asistenta se aşază în dreapta pacientului şi îi ridică uşor capul cu perna – verifică temperatura alimentelor (pacienţii în stare gravă nu simt temperatura şi nici gustul alimentelor) – îi serveşte supa cu lingura sau din cana cu cioc, taie alimentele solide – supraveghează debitul lichidului pentru a evita încărcarea peste puterile de deglutiţie ale pacientului – este şters la gură, i se aranjează patul – se îndepărtează eventualele resturi alimentare care, ajunse sub bolnav, pot contribui la formarea escarelor – schimbă lenjeria dacă s-a murdărit – acoperă pacientul şi aeriseşte salonul – strânge vesela şi o transportă la oficiu

■ DE ŞTIUT:
– se încurajează pacientul în timpul alimentaţiei, asigurându-l de contribuţia alimentelor în procesul vindecării
– se oferă pacientului cantităţi nu prea mari – deoarece, neputând să le înghită, ar putea să le aspire

■ DE EVITAT:
– servirea alimentelor prea fierbinţi sau prea reci
– atingerea alimentelor care au fost în gura pacientului

PRINCIPII DE ALIMENTARE A PACIENŢILOR INAPETENŢI

Scop	– Observarea apetitului urmăreşte descoperirea şi combaterea inapetenţei sau anorexiei bolnavului – apetitul poate fi un indiciu în stabilirea diagnosticului unor afecţiuni; astfel, bolnavii cu: – cancer gastric refuză carnea de vacă – în hepatita epidemică faza preicterică, refuză grăsimile – polifagia poate indica un diabet zaharat – apetitul preferenţial în cazul unor carenţe ale organismului (gravide) – pentru combaterea anorexiei sau inapetenţei, se vor avea în vedere următoarele: – se verifică dacă inapetenţa este totală sau repulsia se manifestă numai faţă de alimentele din regim în comparaţie cu cele preferate
	– se înlocuiesc în funcţie de preferinţele bolnavului în cadrul limitelor permise de prescripţia medicală – servirea mesei se va face într-un cadru cât mai estetic – se servesc alimentele în porţii mici – cantităţile mari provoacă numai la simpla vedere senzaţia de plenitudine – mesele vor fi servite la intervale mici (2-3 ore) – pentru eliminarea senzaţiei de greaţă, lichidele se servesc reci, acidifiate cu lămâie, într-o variaţie cât mai mare – nu se administrează alimente hiperzaharate – provoacă senzaţia de plenitudine şi favorizează diareea – laptele în cantitate mai mare de 1 l provoacă diaree, greaţă – albuminele supradozate (brânză) provoacă meteorism şi accentuează inapetenţa – la bolnavii complet inapetenţi, senzaţia de sete va fi exploatată şi li se vor oferi elemente nutritive sub formă lichidă; laptele, sucurile de fructe vor fi îmbogăţite cu praf de lapte, cacao, gălbenuş, preparate de zahăr, zeamă de lămâie sau portocale – bulionul de legume va fi îmbogăţit cu unt, brânză, făină, gălbenuş de ou, cacao – în aceste amestecuri se vor introduce şi preparate de vitamine, dacă ele nu dispersează uşor şi nu modifică gustul sau mirosul alimentelor – se asigură necesităţile calorice de 2500-3000 cal./24h prin administrare de preparate lichide hipercalorice – la revenirea apetitului se administrează alimentaţie solidă, repartizată în 4-5 mese – asistenta trebuie să noteze exact cantitatea de alimente consumată şi să calculeze valoarea calorică pentru a se putea orienta în ceea ce priveşte acoperirea necesităţilor zilnice ale bolnavului – va urmări ca bolnavul să consume numai alimentele conform prescripţiilor medicale

ALIMENTAREA ARTIFICIALĂ

Definiţie	Înseamnă introducerea alimentelor în organismul pacientului prin mijloace artificiale. Se realizează prin următoarele procedee: – <u>sondă gastrică sau intestinală</u> – <u>gastrostomă</u> – <u>pe cale parenterală</u> – <u>clismă</u>
Scop	– hrănirea pacienţilor inconştienţi – cu tulburări de deglutiţie – cu intoleranţă sau hemoragii digestive – operaţi pe tubul digestiv şi glandele anexe – cu stricturi esofagiene sau ale cardiei – în stare gravă; negativism alimentar

Pregătire	• *materiale* – de protecție – aleză, prosoape – sterile – sonda Einhorn sau Faucher – seringi de 5-10 cm – pensă hemostatică – nesterile – pâlnie – tăviță renală – bulion alimentar – să nu prezinte grunji – să fie la temperatura corpului – să aibă valoare calorică • *pacient* – psihic – vezi sondajul gastric – fizic
Introducerea sondei	– vezi sondajul gastric
Alimentarea propriu-zisă	– în caz de stază gastrică, se aspiră conținutul și se efectuează spălătura gastrică – se atașază pâlnia la capătul sondei și se toarnă lichidul alimentar 200-400 ml până la 500 ml, încălzit la temperatura corpului – se introduc apoi 200-300 ml apă și o cantitate mică de aer pentru a goli sonda – se închide sonda prin pensare pentru a evita scurgerea alimentelor în faringe de unde ar putea fi aspirate, determinând pneumonia de aspirație – complicație gravă – se extrage sonda cu atenție

DE ȘTIUT:
– la pacienții inconștienți cu tulburări de deglutiție sau care trebuie alimentați mai mult timp pe această cale, sonda se introduce endonazal
– sondele de polietilen se mențin mai mult de 4-6 zile, cele de cauciuc maximum 2-3 zile fiind traumatizante (produc escare ale mucoaselor)
– rația zilnică se administrează în 4-6 doze foarte încet, de preferință cu aparatul de perfuzat utilizând vase izoterme

Alimentarea prin gastrostomă	– deschiderea și fixarea operatorie a stomacului la piele în scopul alimentării printr-o sondă în cazul în care calea esofagiană este întreruptă – în cazul stricturilor esofagiene, după arsuri sau intoxicații cu substanțe caustice, când alimentația artificială ia un caracter de durată și nu se poate utiliza sonda gastrică, alimentele vor fi introduse în organism prin gastrostomă – în stomă, este fixată o sondă de cauciuc prin intermediul căreia alimentele sunt introduse cu ajutorul unei seringi sau prin pâlnie – respectându-se aceleași principii, se introduc și aceleași amestecuri alimentare ca în cazul alimentației prin sondă gastrică – alimentele vor fi introduse în doze fracționate la intervale obișnuite, după orarul de alimentație al pacienților, încălzite la temperatura corpului – cantitatea introdusă o dată nu va depăși 500 ml – după introducerea alimentelor sonda se închide pentru a împiedica refularea acestora – tegumentele din jurul stomei se pot irita sub acțiunea sucului gastric care se prelinge adesea pe lângă sondă, provocând uneori leziuni apreciabile – de aceea, regiunea din jurul fistulei se va păstra uscată, acoperită cu un unguent protector și antimicrobian, pansată steril cu pansament absorbant
Alimentarea prin clismă	– se poate asigura hidratarea și alimentarea pe o perioadă scurtă de timp – deoarece în rect nu sunt fermenți pentru digestie, iar mucoasa absoarbe numai soluții izotonice, substanțele proteice sunt eliminate sau supuse unui proces de putrefacție – alimentarea se face prin clisme picătură cu picătură cu soluție Ringer, glucoză 47‰ cu rol hidratant – vezi pregătirea și efectuarea clismei – în locul irigatorului se folosește un termos
Alimentarea parenterală	– se face cu substanțe care: – au valoare calorică ridicată – pot fi utilizate direct de țesuturi – nu au proprietăți antigenice – nu au acțiune iritantă sau necrozantă asupra țesuturilor – pe cale i.v. pot fi introduse soluții izo- sau hipertone (glucoză 10-20-33-40%, fructoză 20%, soluție dextran, hidrolizate proteice) – planul de alimentare se face după calcularea necesarului de calorii/24 h și a rației de lichide în care pot fi dizolvate principiile nutritive – nevoia de lichide este completată cu ser fiziologic sau sol. glucozate și proteice – alimentarea parenterală se face ca și hidratarea (vezi cap. *Hidratarea și mineralizarea organismului)* – ritmul de administrare diferă după natura și concentrația preparatului, starea pacientului, de la 50-500 ml/h

Hidratarea și mineralizarea organismului

Organismul uman nu poate trăi (în medie) decât: „3 minute fără O_2, 3 zile fără apă, 3 săptămâni fără hrană" *(Burghele)*. „Toate mecanismele vitale nu au decât un țel: acela de a menține unitatea mediului interior și de a ne da prin aceasta independență și personalitate biologică" *(Cl. Bernard)*.

Apa	– este lichidul solvent al tuturor substanțelor chimice, organice și anorganice, necesare bunei funcționări a organismului – diluează toți produșii rezultați din metabolismul intermediar destinați eliminării – se găsește în organism în două stări: liberă-circulantă, fixă-structurală (intră în constituția moleculelor) – apa liberă reprezintă 70% din greutatea organismului și se repartizează astfel: – 50% în interiorul celulelor (lichid intracelular) – 15% în spațiile lacunare (lichid interstițial) – 5% circulă în vase (lichid plasmatic) – prin compoziția și funcția apropiată lichidele interstițial și plasmatic, sunt numite lichide extracelulare – apa menține în soluție o serie de săruri minerale – mediul intern al organismului este o soluție apoasă de săruri minerale, formând partea fundamentală a plasmei sanguine, a limfei și a lichidului interstițial – sărurile minerale mențin presiunea osmotică a lichidelor din organism, constituind una din activitățile fundamentale ale activității celulare – nevoia de apă a adultului este de: 2000-2500 ml/24 h – la copil nevoia de apă este mai mare, în raport cu greutatea corporală, el necesitând: – 180 ml apă/kg corp în primele 6 luni – 150 ml apă/kg corp între 6 și 9 luni – 120 ml apă/kg corp între 9 și 12 luni – 100 ml apă/kg corp peste 12 luni – necesarul de apă se acoperă prin aportul alimentar fie sub formă de lichide, fie sub formă de apă conținută în alimentele solide – eliminarea apei din organism se face pe mai multe căi, astfel: – 1000-1500 ml se elimină prin urină – 500-1000 ml se elimină prin transpirație – 350-500 ml se elimină sub formă de vapori prin plămâni – 100-200 ml se elimină prin intestin (în scaun) – în mod normal, este un echilibru între lichidele introduse în organism și pierderile fiziologice – în situații patologice se produce dezechilibrul ce duce la deshidratare sau hiperhidratare

	– în funcție de cauza și mecanismul prin care se instalează, pot interesa sectorul intracelular, extracelular sau ambele – pe baza modificărilor din lichidul extracelular se deosebesc mai multe sindroame de deshidratare: – deshidratare izotonă – când aportul insuficient sau pierderile interesează în aceeași proporție apa și electroliții (vărsături, diaree, aspirație gastrică sau intestinală, fistulă gastrică, paracentezele repetate, hemoragii masive; se pot pierde 2-3 l sau chiar 5-10 l/24 h – deshidratare hipertonă – când se elimină apă în proporție mai mare (prin polipnee între 1 și 1,5 l/24 h, transpirație exagerată 2-3-5 l/24 h) – deshidratare hipotonă – când se elimină sărurile în proporție mai mare (în poliuriile patologice sau cele provocate prin diuretice)
Homeostazia	– analiza pe care Cl. Bernard a continuat-o asupra mediului intern i-a arătat rolul său de transportor în **dublu sens**: – **prin „difuziune"** a principiilor nutritive la suprafața celulelor și invers – excretor **prin emonctorii**, rinichi, plămâni, piele, după ce produsele de excreție celulară au fost deversate în sânge – în urma observațiilor și experiențelor întreprinse asupra glicemiei, ureei și a altor constituenți umorali, el formulează legea generală a „unității" sau „stabilității mediului intern" *„Toate mecanismele vitale nu au alt scop decât menținerea stabilității mediului intern. Respirația, circulația, depurația excremențială nu există prin ele însele, ci pentru reglarea mediului intern, pentru constanța personalității biologice".* – acest vast echilibru interior este denumit de Walter Cannon **homeostază** și lămurește mecanismele de coordonare și control, astfel încât teoria constanței mediului intern este cunoscută astăzi ca **teoria homeostazei lui Cannon** – prin homeostazie, se înțelege totalitatea constantelor biochimice sau biofizice ale mediului intern. Limitele homeostaziei sunt reprezentate de cifrele maxime și minime între care clinica și laboratorul încadrează normalul pentru fiecare din aceste componente – sistemul de coordonare și control al homeostaziei este neuro-endocrino-vegetativ.

STABILIREA NECESITĂŢILOR HIDRICE ŞI MINERALE

Se face prin:
- stabilirea felului deshidratării
- simptomatologia deshidratării
- investigaţii de laborator.

– Diferenţa dintre cifra normală a unui ion din plasmă şi cifra constatată la bolnav reflectă deficitul lui la un litru apă extracelulară.
– Aceasta se înmulţeşte cu cantitatea totală de apă extracelulară, care la un individ de 70 kg este de 14 l.
– Cifra obţinută reprezintă deficitul global al ionului respectiv.
– Dacă nu se poate stabili cu certitudine felul deshidratării, se administrează în părţi egale glucoză şi soluţii izotonice de săruri minerale.
– Cantitatea lichidelor necesare organismului se stabileşte prin însumarea raţiei de întreţinere şi a raţiei de corectare a dezechilibrelor anterioare:
- raţia de întreţinere = pierderile de lichide/24 h
- raţia de corectare = se face pe baza analizelor de laborator şi intră în competenţa medicului.

– Nevoia de apă a copilului deshidratat se face după suprafaţa corporală, pe bază de tabele speciale, iar a sugarului, după greutatea corporală 100/180 ml/kg corp (valori obţinute din totalizarea pierderilor normale ale copilului):
- 25-30 ml perspiraţie
- 50-100 ml transpiraţie
- 10-20 ml cu scaunul
- 35-40 ml urină/kg corp/24 h, precum şi a pierderilor în plus (diaree, vărsături, febră).

TULBURĂRI ALE FLUIDELOR

Volumul deficitar de fluid (– hipovolemie / – deshidratare) se datoreşte pierderilor excesive (vărsături, aspiraţie, diaforeză, arsuri, diuretice) sau mişcării fluidului (spaţiul al III-lea): acumulare anormală de fluid în diferite zone ale organismului (ascită, edem periferic, hematom).

Manifestări	– piele uscată cu turgor redus – membrane, mucoase uscate, buze uscate, limba arsă – ochii adânciţi, moi – letargie, sete – scăderea eliminării urinare – tahicardie, hipotensiune arterială – scăderea presiunii venoase centrale – creşterea hemoglobinei şi a hematocritului prin hemoconcentraţie – creşterea ureei sanguine – urină concentrată cu densitate mare

Intervenţiile asistentei	– măsoară şi notează zilnic ingestia şi eliminarea – cântăreşte zilnic pacientul – monitorizează semnele vitale, nivelul de conştienţă, parametrii clinici, rezultatele de laborator, slăbiciune, nelinişte, agitaţie – menţine integritatea membranelor mucoase prin igienă riguroasă – îngrijeşte tegumentele cu atenţie pentru evitarea atingerii integrităţii lor – inspectează zilnic zonele de presiune de poziţie şi le masează la fiecare două ore – asigură aportul lichidian 2500 ml/zi din care 1500 ml per os

Excesul volumului de lichid:
– merge în sectorul extracelular, dând naştere la edeme
– se datoreşte creşterii Na şi a cantităţii de apă prin retenţie şi/sau ingestie excesivă, scăderii excreţiei renale de Na şi apă, scăderii mobilizării de lichide în interiorul spaţiului intravascular.

Manifestări	– creşterea acută în greutate – edem periferic – pleoape edemaţiate – creşterea presiunii venoase centrale – hipertensiune arterială, puls puternic – dispnee, raluri crepitante – turgescenţa jugularelor – scăderea hemoglobinei şi a hematocritului – scăderea densităţii urinare
Intervenţiile asistentei	– educă pacienţii cronici, privind apariţia acestor semne – educă pacientul şi familia privind importanţa aportului scăzut de lichide şi Na – măsoară zilnic ingestia şi eliminarea – cântăreşte zilnic pacientul – observă edemul periferic – ascultă frecvent respiraţia – evaluează semnele şi simptomele de edem pulmonar – stabileşte cantitatea de lichide pentru fiecare tură – educă pacientul privind efectul diureticelor asupra echilibrului hidroelectrolitic – învaţă pacientul care sunt lichidele şi alimentele cu conţinut crescut în Na – schimbă concepţia de preparare a alimentelor

TULBURĂRI ELECTROLITICE

Hiponatremia	*manifestări:* – deficit de Na sub 130 mEq/l – cefalee, confuzie – anxietate, piele umedă

	intervențiile asistentei: – creează un mediu de siguranță, pacientul fiind agitat și confuz – recunoaște modificările de comportament – acordă suport psihologic – acordă suport moral familiei – monitorizează soluțiile intravenoase și rata de flux a acestora
Hiper-natremia	*manifestări:* – excesul de Na: peste 150 mEq/l – agitație ce poate progresa spre convulsii – membrane, mucoase uscate – sete, hiperemia feței – tahicardie, hipertensiune arterială *intervențiile asistentei:* – reduce ingestia de Na – administrează soluții cu conținut scăzut de Na – administrează diuretice – creează un mediu de siguranță
Hipo-potasemia	*manifestări:* – nivelul redus de K sub 3 mEq/l – slăbiciune, scăderea peristaltismului până la ileus – scăderea poftei de mâncare – crampe musculare la extremități – grețuri, fatigabilitate *intervențiile asistentei:* – administrează intravenos K cu mare prudență – monitorizează aritmiile cardiace – asigură mediul de siguranță – monitorizează sunetele intestinale – măsoară cu atenție ingestia și excreția – educă pacientul să evite alimentele bogate în K (banane, spanac, varză de Bruxelles, citrice, piersici, caise)
Hiper-potasemia	*manifestări:* – exces de potasiu peste 5,5 mEq/l – greață, crampe abdominale – diaree (hiperactivitate intestinală) – parestezii, slăbiciune, iritabilitate – aritmii cardiace severe – schimbarea personalității *intervențiile asistentei:* – administrează perfuzii de glucoză și insulină sau bicarbonat (scad nivelul de K prin ușurarea pătrunderii lui în celulă) – monitorizează aritmiile cardiace – asigură mediul de securitate

TIPURI DE FLUIDE

- *izotonice* – aceeași concentrație cu lichidul organismului (plasma)
- *hipertonice* – concentrație mai mare decât lichidul organismului
- *hipotonice* – concentrație mai scăzută decât lichidul organismului

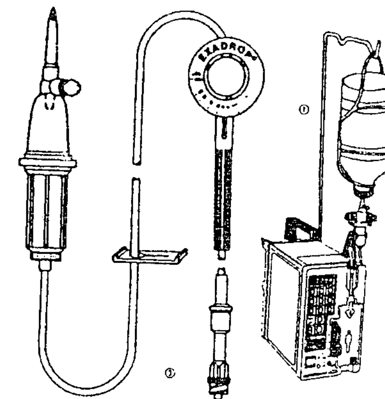
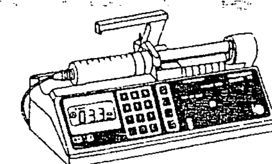
SOLUȚII UTILIZATE PENTRU REHIDRATARE ȘI REMINERALIZARE

Soluție izotonică de NaCl	Soluție apoasă de 9‰ NaCl, denumită și ser fiziologic
Soluție hipertonă de NaCl	Soluție NaCl 10-20%
Bicarbonat de sodiu	Soluție apoasă izotonică de 1,4%
Lactat de sodiu	Soluție izotonică 1,9%
Glucoză	Soluție izotonică 5% Soluție hipertonică 10, 20, 33, 40%
Soluție de KCl	K 2% în soluție de glucoză izotonică
Soluție Ringer	Soluție de electroliți: KCl – 0,3 g; $CaCl_2$ 0,5 g; NaCl 8,5 g; apă la 1000 ml
Soluție Darow	KCl 2,8 g, NaCl 4 g, soluție lactat de Na 20% – 29 g, apă la 1000 ml
Soluție Krebs	NaCl 7 g, KCl 0,28 g, fosfat acid de K 1,16 g, CaCl 0,27 g, sulfat de magneziu 2,40 g
Soluție Buttler	NaCl 0,58 g, KCl 0,89 g, fosfat de K bibazic 0,25 g, soluție lactat de Na 20%, 11,2 g; glucoză 24 g apă la 1000 ml
Soluție Locke	NaCl 9 g, KCl 0,075 g, $CaCl_2$ 0,10 g, bicarbonat Na 0,10 g, glucoză 1 g, apă la 1000 ml
Soluție Hartmann	Aceeași compoziție ca la soluția Ringer + lactat de Na 3,1 g la 1000 ml
Soluție Tham	Baza aminată ce se combină cu bioxidul de carbon formând bicarbonat (se folosește în combaterea acidozei metabolice)
Soluție Fischer	Soluție alcalină, folosită în combaterea acidozei metabolice
Înlocuitori ai masei circulante	În soluție de NaCl sau glucoză; sunt polimeri ai glucozei, cu greutăți moleculare diferite
Dextran 70 **Dextran 40**	Macrodex Rehomacrodex

Marisang	
Plasmă umană	
Sânge integral	
Derivate de sânge, masă eritrocitară	

CĂILE DE HIDRATARE A ORGANISMULUI

Orală	– calea fiziologică de administrare a lichidelor – declanşează reflex funcţia normală a tubului digestiv şi a glandelor anexe, funcţie necesară absorbţiei lichidelor – se renunţă la această cale în caz de: vărsături, stenoză pilorică şi esofagiană, negativism total din partea pacientului
Duodenală	– administrarea lichidelor se face prin sondă duodenală – lichidele se administrează picătură cu picătură într-un ritm de 60-100/minut – se menţine temperatura lichidului în timpul administrării
Rectală	– se face prin clismă, picătură cu picătură, sau clisme Katzenstein (vezi alimentaţia artificială prin clisme)
Subcutanată	– se face prin perfuzii – resorbţia este lentă – poate determina accidente: necroza ţesuturilor prin compresiune, coagularea ţesuturilor (când temperatura este prea înaltă), flegmoane, complicaţii septice
Perfuzia intravenoasă	– introducerea pe cale parenterală, picătură cu picătură, a soluţiei medicamentoase pentru reechilibrare hidroelectrolitică, hidroionică şi volemică a organismului
Scop	– hidratarea şi mineralizarea organismului – administrarea medicamentelor la care se urmăreşte efect prelungit – depurativ, diluând şi favorizând excreţia din organism a produşilor toxici – completarea proteinelor sau a altor componente sanguine – alimentarea pe cale parenterală
Pregătire	• *materiale:* – dezinfectante – alcool iodat – pentru puncţia venoasă

	– perfuzor (ambalat de unică întrebuinţare) – seringi şi ace de unică folosinţă (se verifică integritatea ambalajului, valabilitatea sterilizării, lungimea şi diametrul acelor) – soluţiile de perfuzat – pompă de perfuzie automată – cu reglare programată a volumului şi ratei de flux – robinete cu două sau mai multe căi – branulă (cateter iv) – fluturaş (butterflys) • *pacient:* – psihic } – ca la puncţia venoasă – fizic
Execuţie	– tehnica de întreţinere a liniei intravenoase este o tehnică aseptică (Fig. 18) – asistenta îmbracă mănuşi pentru evitarea contaminării cu sânge (după spălarea mâinilor cu atenţie) – pregăteşte soluţia de perfuzat – montează aparatul de perfuzat şi lasă lichidul să circule prin tuburi (evitând contaminarea sistemului) pentru îndepărtarea aerului – alege vena (întâi, locurile distale şi apoi cele proximale) – aplică garoul – curăţă locul cu alcool de la centru în afară – introduce acul, branula în venă – scoate garoul şi ataşază tuburile, deschide prestubul, fixează rata de flux 60 picături/minut – menţine locul de perfuzie, acoperă cu pansament steril – schimbă pansamentul (când se fixează catetere) la 24 h şi inspectează zona (eventuală inflamaţie)   *Fig. 18* – Aparate de perfuzie 1. Pompă de perfuzie; 2. Perfuzor – injector standard®; 3. Extradrop® – reglator de picături pentru perfuzia sub gravitaţie, cu clemă-şurub pentru întreruperea scurtă/fracţionarea fluxului perfuziei (sursă: Catalogul de produse Fa. B. Braun, Melsungen).

	– schimbă punga cu soluție sau flaconul, înainte de golirea completă a precedentei – se poate folosi o rată redusă pentru a ține vena deschisă
Îngrijirea ulterioară a pacientului	– la sfârșitul perfuziei se exercită o presiune asupra venei cu un tampon și se retrage acul în direcția axului vasului – se așază pacientul comod, i se dau lichide călduțe (dacă este permis)
Reorganizare	
Notare în foaia de observație	
Accidente	– *hiperhidratarea* (la cardiaci poate determina edem pulmonar acut) – se reduce ritmul sau se întrerupe perfuzia, se administrează tonicardiace – *embolia gazoasă* – prin pătrunderea aerului în curentul circulator (atenție la utilizarea perfuziilor sub presiune, când se folosește para de cauciuc) – *revărsarea lichidului* în țesuturile perivenoase poate da naștere la flebite, necroze – *coagularea sângelui pe ac* sau *canulă* – se previne prin perfuzarea lichidului cu soluție de heparină

■ DE ȘTIUT:
- toate fluidele administrate i.v. trebuie etichetate cu data, ora, medicația adăugată și doza
- rata de flux = nr.pic./min
- sursele de contaminare a perfuziei: înainte, prin manevre necorespunzătoare și în timpul perfuziei
- substanțe adiționale
- schimbarea flaconului
- aer poluat
- injecții complementare

■ DE EVITAT:
- folosirea aparatului de susținere a brațului, care ar putea crește posibilitatea compresiei vaselor sau nervilor

3. NEVOIA DE A ELIMINA

Definiție:

Eliminarea reprezintă necesitatea organismului de a se debarasa de substanțele nefolositoare, vătămătoare, rezultate din metabolism.

Excreția deșeurilor se realizează prin mai multe căi:
- aparat renal – urină
- piele – transpirație – perspirație

- aparat respirator
- aparat digestiv – scaun
- aparat genital feminin – menstruație
- în stări **patologice**, apar eliminări pe cale digestivă, sub formă de vărsături și pe cale respiratorie – spută

Generalități

Menținerea constantă a compoziției mediului intern se realizează prin procesul de homeostazie. Toate schimbările volumului extracelular antrenează modificări în compoziția lichidelor celulare de unde rezultă importanța menținerii constante a compoziției mediului intern.

Rinichii fiind organe principale ale homeostaziei mențin compoziția chimică a lichidelor din organism la un nivel normal, mențin echilibrul hidric, hidroelectrolitic și acido-bazic al mediului intern și debarasează organismul de produsele toxice rezultate din metabolism.

Substanțele folositoare organismului (sodiul și apa) sunt absorbite prin osmoză.

Prin rolul său de excepție, pielea completează eliminarea renală.

Un rol important îl au plămânii, care controlează CO_2 și O_2.

Organismul trebuie de asemenea să se debaraseze de deșeurile rezultate în urma digestiei (fibre celulozice, pigmenți biliari, celule descuamate de la nivelul tubului digestiv etc.).

Și alte substanțe nefolositoare trebuie eliminate; spre exemplu, la femei, de la pubertate la menopauză, se elimină o secreție sanguină menstruală, ce se produce la sfârșitul fiecărui ciclu menstrual, dacă ovulul nu a fost fecundat.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *Alimentația* – cantitatea și calitatea alimentelor ingerate de individ influențează satisfacerea nevoii de eliminare. – o bună hidratare și o alimentație bogată în reziduuri (legume, fructe, cereale) facilitează eliminarea intestinală și vezicală – mesele luate la ore fixe favorizează ritmul eliminărilor – *Exercițiile* – activitatea fizică ameliorează randamentul muscular – fortifică musculatura abdominală și cea pelviană, care au un rol important în eliminarea intestinală – *Vârsta* – are rol important în satisfacerea nevoii dacă ținem seama de controlul sfincterelor – la copii, controlul se obține în 2-3 ani – la persoanele vârstnice, diminuarea tonusului musculaturii abdominale poate provoca lipsa de control a eliminării – la bărbați, hipertrofia prostatei determină tulburări de micțiune

	– *Programul de eliminare intestinală* – regularitatea programului de eliminare este un factor ce influenţează satisfacerea acestei nevoi – momentul ales pentru defecare poate varia de la un individ la altul
Factori psihologici	– *Stresul* – *Anxietatea* – *Emoţiile* puternice – pot modifca frecvenţa, cantitatea şi calitatea eliminării urinare şi intestinale
Factori sociologici	– Normele sociale – fiecare societate îşi stabileşte măsuri de igienă, astfel încât indivizii să respecte salubritatea locurilor publice – Educaţia – Cultura

I. *Independenţa în satisfacerea nevoii*

a) URINA: soluţie apoasă, prin care sunt eliminate substanţele rezultate din metabolismul intermediar protidic, inutile şi toxice pentru organism

Generalităţi: Prin urină se elimină din organism substanţele toxice. Eliminarea acestor substanţe se face în soluţie apoasă împreună cu săruri minerale şi alte substanţe de dezasimilaţie care nu sunt necesare organismului.

În mecanismul de eliminare intervin, alături de rinichi şi tubul digestiv, ficatul, glandele cu secreţie internă, starea funcţională a aparatului circulator – toate fiind influenţate de activitatea sistemului nervos.

De aici se vede interacţiunea între nevoia de a elimina şi celelalte nevoi fundamentale.

Terminologie:
– micţiune = emisiune de urină, act fiziologic conştient de eliminare
– diureză = cantitatea de urină eliminată din organism timp de 24 ore

Manifestări de independenţă

cantitatea	– variază în funcţie de vârstă: – nou-născut 30-300 ml/24 h – copii 500-1200 ml/24 h – adult 1200-1400 ml/24 h... 180 ml/24 h
frecvenţa micţiunilor	– nou-născut – micţiuni frecvente – copil 4-5/zi – adult 5-6/zi – vârstnic 6-8/zi

ritmul micţiunilor	– 2/3 din numărul micţiunilor în timpul zilei, 1/3 noaptea
culoarea urinei	– galben deschis până la galben închis. Cu cât urina va fi mai diluată cu atât va fi mai deschisă şi invers (până la galben-închis spre brun). – modificare în funcţie de alimente: – culoarea închisă = în regim bogat în carne – culoare deschisă = în regim vegetarian – medicamentele schimbă culoarea astfel: – roz, roşu-cărămiziu = tratament cu piramidon – albastru-verde = tratament cu albastru de metilen – cafeniu-roşu sau brun negru = tratament cu chinină sau acid salicilic
mirosul urinei	– de bulion = urină proaspătă – amoniacal = după un timp din cauza fermentaţiei alcaline
reacţia urinei	– normal = reacţie acidă = pH-ul între 4,5-7 Reacţia urinei în funcţie de alimentaţie: – regimul bogat în carne – acidifică urina – regimul vegetarian – scade aciditatea urinii ***Notă*** Reacţia hiperacidă sau alcalină favorizează precipitarea substanţelor dizolvate în urină şi formarea calculilor în căile urinare.
aspectul urinei	– normal = clar, transparentă la început. După un timp ea poate deveni tulbure în mod normal – datorită coagulării mucinei şi a celulelor epiteliale antrenate din căile urinare şi a mucusului din organele genitale.
densitatea urinei	– se determină imediat după emisie, pentru că prin răcire se schimbă densitatea – normal 1010-1025 – la regim mixt; la temperatura de 15°C (temperatura mai mică sau mai mare modifică densitatea)

b) SCAUNUL = resturile alimentare supuse procesului de digestie, eliminate din organism prin actul defecaţiei

Scaunul este alcătuit din:
– reziduurile rămase în urma digestiei alimentelor
– celulele descuamate de pe suprafaţa tubului digestiv şi a glandelor digestive
– produsele de excreţie a tubului digestiv şi a glandelor anexe
– număr mare de microbi

Terminologie: – defecaţie = eliminarea materiilor fecale prin anus

Manifestări de independență

Frecvența	– normal la adult – 1-2 pe zi sau unul la două zile – 1-2 scaune pe zi la nou-născut
Orarul	– ritmic, la aceeași oră a zilei, dimineața după trezire
Cantitatea	– zilnic 150-200 g materii fecale
Consistența	– păstoasă, omogenă
Forma	– cilindrică, cu diametrul de 3-5 cm, lungime variabilă
Culoarea	– brună, la adult, dată de stercobilină – În funcție de alimentație: – deschis-galben = regim lactat – brun închis = regim carnat – negru = alimente preparate care conțin sânge – verde = legume verzi – culoare caracteristică alimentului = mure, ciocolată, afine Modificarea culorii în funcție de medicamente: – brun-negru = bismut – negru-verzui = fier – alb = bariu – negru mat = cărbune
Mirosul	– fecaloid – diferă de la un individ la altul

La copilul mic

Culoarea	– în primele 2-3 zile după naștere = verde-brun închis (meconiu) – La sugari: Aspectul și culoarea se modifică în funcție de felul alimentației. Astfel: – galben-auriu = sugar alimentat la sân, în contact cu aerul, prin oxidarea bilirubinei – devine verzui sau verde – galben-deschis = sugar alimentat artificial – brun = după introducerea făinii în alimentație
Numărul	– 3-4 pe zi până în luna a VI-a când se reduce la 2-3 pe zi Dacă sugarul este alimentat pe cale artificială, numărul scaunelor este de 1-2 pe zi.
Mirosul	– ușor acru, reacție acidă = sugar alimentat la sân – fad, reacție alcalină sau neutră = alimentație artificială

c) TRANSPIRAȚIA = fenomen fiziologic prin care organismul își intensifică pierderea de căldură și funcția de excreție, prin intermediul glandelor sudoripare.

Terminologie: – sudoare = soluție apoasă, constituită din apă 990 g‰ și 10 ‰ reziduu uscat (uree, urați, acizi grași, acizi organici volatili, săruri minerale)

Manifestări de independență

Reacția	– acidă pH = 5,2 sau ușor alcalină
Cantitatea	– minimă, pentru a menține umiditatea pliurilor
Mirosul	– variază în funcție de alimentație, climat și de deprinderile igienice ale individului
Perspirația	– pierderi insensibile de apă prin evaporare la nivelul pielii și prin expirație Compoziția aerului expirat: – O_2 – 16% – CO_2 – 3% – N – 74% – H_2O – 7%

d) MENSTRA =pierdere temporară sau periodică de sânge, prin organele genitale
– apare la pubertate și dispare la menopauză și în timpul sarcinii

Manifestări de independență

Ritmul	– la 28-35 zile
Durata	– 3-5 zile
Aspectul	– mucus amestecat cu sânge și detritusuri celulare; nu coagulează
Culoarea	– roșu negricios, la început, apoi roșu deschis
Cantitatea	– 50-200 g
Mirosul	– dezagreabil
Evoluția	– fără dureri, ușoară jenă fiziologică

Intervenţiile asistentei pentru menţinerea independenţei în satisfacerea nevoii

– cercetează deprinderile de eliminare ale pacientului
– planifică programul de eliminare, ţinând cont de activităţile sale
– planifică exerciţii fizice
– îl învaţă tehnici de relaxare
– cercetează deprinderile alimentare ale pacientului
– recomandă consumarea alimentelor şi a lichidelor ce favorizează eliminarea

II. *Dependenţa în satisfacerea nevoii*

În condiţii patologice există mari pierderi de lichide prin: poliurie, diaree, vărsături, drenaj, diaforeză, expectoraţie abundentă, stomii etc.

Surse de dificultate

Sursele de dificultate care determină nesatisfacerea nevoii pot fi următoarele (în funcţie de problemă – câteva exemple):

Surse de ordin fizic	– alterarea mucoasei intestinale (diaree, constipaţie) – diminuarea peristaltismului intestinal (constipaţie) – slăbirea sau relaxarea sfincterelor (incontinenţă) – lipsa de control a sfincterelor (incontinenţă) – alterarea centrilor nervorşi (incontinenţă) – accidente cerebro-vasculare (incontinenţă) – spasme vezicale (retenţie urinară) – anomalii ale căilor urinare (retenţie urinară, eliminare urinară inadecvată) – alterarea căilor urinare (eliminare inadecvată) – alterarea parenchimului renal (eliminare inadecvată) – tumori (constipaţie) – intoxicaţii alimentare şi medicamentoase (drog) (diaree, retenţie urinară) – dezechilibru metabolic, electrolitic, endocrin, neurologic (eliminare urinară inadecvată, diaforeză) – durere (eliminare urinară inadecvată)
Surse de ordin psihologic	– anxietate (diaree, constipaţie...) – stres (diaree, constipaţie...) – situaţie de criză (eliminare urinară inadecvată, diaforeză, constipaţie) – tulburări de gândire (incontinenţă urinară şi fecale)
Sursa de ordin sociologic	– poluarea apei (diaree) – alimente alterate (diaree) – schimbarea modului de viaţă (constipaţie)

	– program de lucru inadecvat pentru satisfacerea nevoii (constipaţie) – insalubritatea mediului (eliminare urinară inadecvată) – temperatura ambiantă prea ridicată (diaforeză)
Lipsa cunoaşterii	– lipsa de cunoştinţe – insuficienta cunoaştere a sinelui, a celorlalţi, a mediului înconjurător

Când nevoia de eliminare nu este satisfăcută, survin mai multe **probleme de dependenţă:**

1 – Eliminare urinară inadecvată cantitativ şi calitativ
2 – Retenţie urinară
3 – Incontinenţă de urină şi materii fecale
4 – Diaree
5 – Constipaţie
6 – Vărsături
7 – Eliminare menstruală inadecvată
8 – Diaforeză
9 – Expectoraţie
10 – Deshidratare (vezi anexele 2 şi 3)

1. Eliminare urinară inadecvată cantitativ şi calitativ

Manifestări de dependenţă

	MODIFICĂRI PATOLOGICE ALE DIUREZEI
Poliurie	– eliminarea unei cantităţi de urină mai mare de 2500 ml/24 h Poliuria poate fi: trecătoare sau durabilă
Trecătoare, durabilă sau permanentă	Apare: – în perioada de efervescenţă a unor boli infecţioase (pneumonie, hepatită epidemică etc.) – după colici renale, accese de angină pectorală, de epilepsie şi isterie – în perioada de resorbţie a edemelor, transsudatelor şi exsudatelor seroase – în scleroză renală când rinichiul şi-a pierdut capacitatea de concentrare. Poate să crească până la 5-6 litri în 24 ore – în diabetul zaharat: eliminarea cantităţii mari de glucoză prin urină necesită o mare cantitate de apă (conform legilor osmotice)

	– în diabetul insipid – lipsa de secreție a hormonului antidiuretic hipofizar împiedică reabsorbția tubulară a apei. Cantitatea de urină poate ajunge până la 10-30 litri pe zi. – în pielite, pielonefrite, tuberculoză renală (caracter de reflex de apărare a organismului).
Oliguria	– excreția urinei sub 500 ml/24 ore Oliguria poate fi determinată de cauze renale și extrarenale. Apare în: – afecțiuni însoțite de deshidratarea organismului prin: – transpirații abundente – vărsături incoercibile – diaree accentuată – hemoragii abundente – perioada de formare a colecțiilor seroase – insuficiență circulatorie cu formare de edeme – perioada acută a bolilor infecțioase (pneumonie, hepatită etc.) – glomerulonefrite acute însoțite de edeme
Anuria	– lipsa urinei în vezică Poate fi din cauze renale și extrarenale Apare în: – glomerulonefrită acută, nefroze toxice – arsuri întinse – stări de șoc traumatic și chirurgical – traumatisme lombare – angajarea unui calcul într-unul din uretere
	TULBURĂRI DE EMISIUNE URINARĂ
Polakiuria	– senzație de micțiune foarte frecventă, cantitatea de urină emisă foarte mică. Cauzele pot fi: – acțiuni iritative asupra mucoasei vezicale – procese intravezicale și de vecinătate: cistită, tuberculoză și neoplasm vezical, calculoză vezicală, inflamații pelviene, afecțiuni uterine, uretrite, prostatite – hiperexcitabilitatea mucoasei vezicale la nevropați
Nicturia	– inversarea raportului dintre numărul micțiunilor și cantitatea de urină emisă în timpul zilei față de cea emisă în cursul nopții. Apare în insuficiență ventriculară stângă – se datorează faptului că în cursul zilei inima nu a asigurat trecerea prin rinichi a unei cantități necesare de sânge.

Disuria	– eliminarea urinii se face cu durere și cu mare greutate. Apare în: – inflamații acute ale uretrei – stricturi uretrale – edeme ale mucoasei uretrale – hipertrofie de prostată etc.
	ALTE MANIFESTĂRI DE DEPENDENȚĂ
Hematuria	– prezența sângelui în urină – roșu deschis, roșu-închis sau roșu-brun. Uneori, în caz de hematurie, urina este tulbure asemănătoare cu spălătura de carne.
Albuminuria	– prezența proteinelor în urină
Glicozuria	– prezența glucozei în urină
Hiperstenuria	– urină foarte concentrată (densitate crescută)
Hipostenuria	– urină foarte diluată (densitate mică) = în bolile rinichiului când acesta își pierde capacitatea de concentrare.
Izostenuria	– urină cu densitate mică se menține în permanență la aceleași valori indiferent de regim ***Notă*** Între cantitate, culoare și densitate este o strânsă legătură. – în poliurie = culoare deschisă = densitate mică (În diabet zaharat, deși este poliurie și culoarea este deschisă, densitatea este mare.) – în oligurie = culoare închisă = densitate mare
Edeme	– acumularea de lichid seros în țesuturi, manifestat prin creșterea în volum a regiunii edemațiate, ștergerea cutelor naturale, pierderea elasticității țesutului edemațiat, cu păstrarea urmelor presiunii digitale (semul „godeului"); pielea este palidă, lucioasă și străvezie.
Urină tulbure	– în mod patologic urina este tulbure din cauza sărurilor minerale, puroiului sau a microbilor
Urină cu miros de fructe coapte sau cloroform	– în diabetul zaharat, din cauza prezenței acetonei
Durere lombară	
Sete intensă	
Grețuri și vărsături	

- Intervențiile asistentei -

Pacient cu eliminare urinară inadecvată cantitativ și calitativ

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic și acido-bazic	– asistenta face zilnic bilanțul hidric, măsurând cu conștiinciozitate ingestia și excreția – cântărește zilnic pacientul – corectează dezechilbrul hidric, prin hidratarea sau reducerea aportului de lichide și electroliți, în funcție de ionograma serică și urinară – corectează dezechilibrul acido-bazic, în funcție de rezerva alcalină, la indicația medicului
Pacientul să nu prezinte complicații cutanate, respiratorii, urinare	– recoltează urina pentru examene chimice și bacteriologice – administrează antiseptice urinare, sulfamide, antibiotice, conform antibiogramei, la indicația medicului – asigură igiena corporală riguroasă – servește pacientul la pat (când este cazul) cu urinar și bazinet – schimbă lenjeria de pat și de corp ori de câte ori este nevoie
Pacientul să fie echilibrat psihic	– asigură o atmosferă caldă, răspunde prompt și plină de solicitudine la chemare – încurajează pacientul să-și exprime gândurile și sentimentele în legătură cu problema de dependență (comunicarea joacă un rol foarte important).

2. Retenția urinară - ischiurie

Ischiuria sau retenția de urină reprezintă incapacitatea vezicii urinare de a-și evacua conținutul. Ea *nu* trebuie confundată cu anuria, care înseamnă lipsa secreției renale.

Ischiuria poate fi datorată unui obstacol în calea de eliminare a urinei, ca: stricturi cicatriceale, calculi inclavați în uretră, hipertrofia prostatei sau alte procese de vecinătate, care comprimă calea de evacuare a urinei, sau unei paralizii a vezicii urinare sau sfinterelor, precum în mielită, tabes, poliomielită, traumatisme medulare sau unei paraze trecătoare în cursul infecțiilor grave (de exemplu febră tifoidă, meningită, encefalită, septicemie, după intervenții chirurgicale intraabdominale) și în comă.

Retenția urinară determină o distensie extremă a vezicii, care va bomba, situație ce va fi pusă în evidență prin palpare deasupra simfizei pubiene, în timp ce, în caz de anurie, vezica rămâne goală. În urma presiunii mărite din vezică, dacă nu este un obstacol mecanic, sfincterul uretral cedează și urina începe să se evacueze picătură cu picătură. Acest fenomen se numește ischiurie paradoxală sau incontinență prin regurgitare (prea plin).

Manifestări de dependență

glob vezical	– distensia vezicii urinare deasupra simfizei pubiene, cauzată de retenția urinară
micțiuni	– absente
polakiurie	– micțiuni frecvente, în cantități mici (eliminare prin prea plin)

- Intervențiile asistentei -

Pacient cu ischiurie – retenție urinară

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să aibă micțiuni spontane	– verifică prezența globului vezical – încearcă stimularea evacuării, asltfel: – introduce bazinetul cald sub bolnav – pune comprese calde (buiotă) pe regiunea pubiană, – lasă robinetul deschis să curgă apă (să fie auzită de bolnav) – introduce mâinile pacientului în apă caldă – efectuează sondaj vezical pentru eliminarea urinii la indicația medicului
Pacientul să aibă echilibrul psihic	– învață pacientul că trebuie să existe o relație între nevoile de a bea, a mânca, a face exerciții fizice și a elimina, pentru a-și stabili propriul orar de ingestie și eliminare – învață pacientul poziția corectă pentru ușurarea micțiunii și golirea completă a vezicii – liniștește pacientul și îl încurajează să-și exprime sentimentele în legătură cu problema sa – asigură un climat cald, confortabil

3. Incontinența de urină și materii fecale

Incontinența urinară și fecală poate rezulta în urma unor afecțiuni (infecție urinară sau intenstinală), traumatisme ale măduvei spinării, pierderii stării de conștiență, deterioare a activității sfincterelor, creșterea presiunii abdominale, leziuni obstetricale etc.

Copiii și persoanele în vârstă sunt predispuse la incontinență fie prin lipsa de control a sfincterelor, fie prin procesul de îmbolnăvire.

O formă particulară de incontinență urinară la copii este reprezentată de enurezisul nocturn, cu cauze multiple ce necesită îngrijiri complexe.

Manifestări de dependență

Incontinență urinară	– emisiuni urinare involuntare și inconștiente Apare în: – leziuni medulare – sfârșitul accesului de epilepsie – afecțiuni neurologice – slăbirea funcțiunii sfincterului – traumatisme
Enurezis	– emisie de urină, noaptea, involuntară și inconștientă, care se manifestă mai frecvent la copiii cu tulburări nevrotice, după vârsta de 3 ani
Incontinența de fecale	– pierderi de materii fecale involuntar și inconștient
Iritarea tegumentelor regiunii anale	

- Intervențiile asistentei -

Pacient cu incontinență de urină și materii fecale

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să prezinte tegumente și mucoase integre și curate	– schimbă lenjeria de pat și de corp după fiecare eliminare – dacă este posibil, recomandă purtarea chiloților cu căptușeli care absorb urina și nu produc miros neplăcut și iritația tegumentelor – asigură igiena locală riguroasă, după fiecare eliminare – aplică cremă protectoare – instalează sondă vezicală, la indicația medicului
Pacientul să-și recapete controlul sfincterelor	– asigură aport lichidian adecvat, în funcție de bilanțul hidric (mai mare în prima jumătate a zilei) – stabilește un orar al eliminărilor – formează deprinderi de eliminare la ore fixe (la început, la un interval mai scurt, iar pe măsură ce se obține controlul sfincterelor, intervalul se mărește) – trezește pacientul din somn pentru a urina – învață pacientul poziția adecvată, care favozează golirea completă a vezicii – urmărește creșterea presiunii prin masajul vezicii sau prin poziția așezat și aplecat înainte, care contribuie la declanșarea micțiunii și la eliminarea urinei rămase – învață pacientul exerciții de întărire a musculaturii perineale – contracția mușchilor posteriori ai planșeului pelvin, ca și pentru a împiedica defecarea – contracții ale mușchilor anteriori ai planșeului pelvin, ca și pentru a opri micțiunea – contracția mușchilor se face înainte și după micțiune, timp de 4 secunde, apoi, relaxarea lor se repetă de 10 ori – de 4 ori pe zi, sau mai des, dacă este util – oprirea jetului urinar în timpul micțiunii și reluarea eliminării de mai multe ori – creșterea capacității vezicii urinare prin așteptarea, timp de aproximativ 5 minute, de la senzația de micțiune până în momentul eliminării
Pacientul să fie echilibrat psihic	– asistenta asigură o ambianță în care să fie respectată intimitatea pacientului – încurajează bolnavul să-și exprime ceea ce simte în legătură cu această problemă – arată simpatie, toleranță, răbdare, răspunde plină de solicitudine – administrează medicație simptomatică la indicația medicului

4. Diareea

Tranzitul intestinal accelerat provoacă diaree. Când numărul scaunelor este prea mare au loc pierderi importante de apă și electroliți, ceea ce determină un dezechilibru hidroelectrolitic și starea de diaree se prelungește.

Factori determinați:
- exacerbarea peristaltismului intestinal
- creșterea secreției intestinale
- scăderea resorbției
- greșeli alimentare
- stres

Factori declanșatori:
- cauze nervoase
- cauze inflamatoare
- conținut intestinal cu efect excitant (chimic sau mecanic)

Manifestări de dependență

Frecvența	număr mare în 24 h – 3-6 scaune/zi, în enterite și enterocolite – 20-30 scaune/zi, în sindrom dizenteric – 80-100 scaune/zi, în holeră

Consistența	– scăzută, scaune moi, păstoase, semilichide, sau – apoasă, după purgative saline
Cantitatea	– mărită în diareele gastrogene de natură aclorhidrică – scăzută, foarte redusă în dizenterie, 10-15 g
Culoarea	– galben aurie, în diaree (în funcție de viteza tranzitului intestinal, bilirubina nu are timp să se reducă, din cauza tranzitului intestinal accelerat) – verde când bilirubina se oxidează la nivelul intestinului gros – albicios ca argila – icter mecanic, din cauza lipsei pigmenților biliari; pancreatite cronice din cauza unor cantități mari de grăsimi nedigerate – hipercolorat – brun-închis = icter hemolitic – negru ca păcura, moale și lucios = hemoragii în porțiunea superioară a tubului digestiv – scaun amestecat cu sânge proaspăt = hemoragii în porțiunea inferioară a tubului digestiv
Mirosul	În funcție de procesele de fermentație și putrefacție de la nivelul intestinului gros: – acid = fermentație exagerată – putred = putrefacție exagerată – rânced = grăsimi nedigerate (steatoree) – foarte fetid = cancer al colonului și rectului – de varză stricată = infecții cu colibacil
Aspect deosebit și cu elemente anormale	– Aspect asemănător cu: – zeamă de pepene sau supă de linte = febră tifoidă – zeamă de orez = intoxicații, lambliază, holeră – balegă de vacă = în colite – Cu conținut de elemente patologice – mucus, puroi, sânge = colite ulceroase, cancer rectal sau intestinal, dizenterie – țesut muscular nedigerat = creatoree – în achilie gastrică, pancreatită cronică – scaune cu paraziți intestinali sau ouă de paraziți
Crampe	– contracții dureroase, involuntare și pasagere ale mușchilor abdominali
Colică	– durere cauzată de mișcări peristaltice exagerate
Durere locală	– durere la nivelul anusului și iritația tegumentelor perianale
Semne de deshidratare	– tegumente și mucoase uscate – oboseală, slăbiciune – greață și vărsături

5. Constipația

Constipația este caracterizată prin scaune rare unul la 2-4 zile, sau mai rare – uneori, chiar cu un ritm regulat; dar la intervale mai mari decât cele fiziologice. Fecalele sunt de consistență obișnuită, de volum redus, fără resturi alimentare digerabile. Constipația poate avea cauze funcționale (accidentale sau habituale), mecanice (stenoză intestinală, cancer al colonului), tulburări în activitatea sigmoidiană sau poate fi simptomatică (în afecțiuni pelvine, gastrointestinale, esofagiene, tulburări endocrine). Modul de viață, o hidratare insuficientă, o alimentație săracă în reziduuri, unele medicamente, emoțiile puternice pot determina apariția constipației.

Ileusul este caracterizat prin suprimarea completă a eliminării fecalelor și gazelor. Ileusul poate avea cauze funcționale și anume: paralizia musculaturii pereților intestinali, când peristaltismul este abolit, sau spasmul pereților intestinali, când contracțiile intestinale sunt atât de puternice încât intestinul se imobilizează sub forma unor tuburi rigide. În aceste cazuri, vorbim de ileus dinamic, spre deosebire de ileusul mecanic, care este determinat de cauze mecanice ca: ocluzie, obstrucții intestinale, strangulații.

Manifestări de dependență

Frecvența	– scaun la 2-4 zile din cauza unui tranzit întârziat – suprimarea completă a eliminării fecalelor și a gazelor (ileus)
Orarul	– pierderea orarului obișnuit a evacuării
Cantitatea	– redusă, în constipație – mare (câteva kg), în anomalii de dezvoltare a colonului (megadolicocolon)
Consistența	– uscată, crescută (scibale, coproliți)
Forma	– bile dure, de mărimea măslinelor, în constipația spastică – masă fecaloidă abundentă, în constipația atonă – bile conglomerate, multiglobale, când materiile fecale au stagnat mult în rect
Culoare	– închisă
Crampe	– contracții dureroase, involuntare, pasagere, ale musculaturii abdominale
Meteorism	– acumulare de gaze în intestin, datorită absorbției lor insuficiente, producerii în cantități exagerate, în urma unei alimentații bogate în celuloză sau în urma aerofagiei
Flatulență	– eliminarea frecventă a gazelor din intestin

Tenesme	– senzația dureroasă de defecare, fără eliminare de materii fecale
Fecalom	– acumulare de materii fecale în rect
Anorexie	
Cefalee	
Iritabilitate	

Notă: Modificările patologice ale scaunului la copilul mic pot fi:

– muco-grunjoase – consistență neomogenă semilichidă cu particule solide (grunji). Mucusul format dintr-o substanță filantă, gelatinoasă

– lichide-semilichide – au caracter spumos – din cauza unor procese fermentative în intestin

– muco-purulente – se elimină puroi, scaunul este foarte fetid

– muco-sanguinolent – conține sânge

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu diaree sau constipație

OBIECTIVE	INTERVENȚII AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să aibă tranzit intestinal în limite fiziologice	– *în constipație* determină pacientul să ingere o cantitate suficientă de lichide – recomandă alimente bogate în reziduuri – stabilește, împreună cu pacientul, un orar regulat de eliminare, în funcție de activitățile sale – determină pacientul să facă exerciții fizice cu regularitate – urmărește și notează în foaia de observație consistența și frecvența scaunelor – efectuează, la nevoie, clismă evacuatoare simplă sau uleioasă – administrează, la indicație, laxative – *în diaree* pregătește bolnavul pentru examinări endoscopice – alimentația este hidrică, în primele 24-48 ore – asistența servește pacientul cu ceai neîndulcit (mentă, coarne, mușețel) supă de morcov, zeamă de orez – treptat, introduce mici cantități de carne slabă, fiartă, brânză de vaci, pâine albă prăjită, supe strecurate, din legume – după 4-5 zile, trece la o alimentație mai completă – administrează la indicațiile medicului, simptomatice, spasmolitice, antimicrobiene, fermenți digestivi, sedative

Pacientul să aibă tegumente și mucoase perianale curate și integre	– curăță și usucă regiunea anală, după fiecare scaun – aplică creme protectoare – face toaleta anusului de mai multe ori pe zi și dezinfectează cu acid boric 2-3%
Pacientul să-și satisfacă celelalte nevoi fundamentale	– asigură repaus la pat, când starea generală este alterată – menține constantă temperatura corporală (au loc pierderi de energie) – încălzește pacientul cu termofoare, pături, perne electrice – protejează patul cu aleză și mușama – servește pacientul cu bazinet
Pacientul să fie echilibrat hidro-electrolitic	– hidratează pacientul pe cale orală și prin perfuzii, urmărind înlocuirea pierderilor de apă și electroliți – recoltează sânge pentru hemocultură și scaun, pentru coprocultură – monitorizează funcțiile vitale și vegetative și le notează în foaia de observație – calculează cantitatea de lichide ingerate și perfuzate și pe cea eliminată
Pacientul să fie echilibrat psihic	– dă dovadă de înțelegere și răbdare, menajând pudoarea pacientului – îl liniștește și îl încurajează să-și exprime emoțiile și sentimentele în legătură cu starea sa

6. Vărsăturile

Prin vărsături înțelegem evacuarea pe gură a conținutului stomacului.

Vărsătura (voma) este un act reflex, cu centrul în bulbul rahidian, reprezentând o modalitate de apărare față de un conținut stomacal dăunător organismului.

În momentul vomei, musculatura pereților stomacali, mușchii abdominali și diafragmul se contractă simultan. În același timp, pilorul se închide, iar conținutul stomacului ajunge, sub presiune, la cardia care în acest moment se deschide.

În urma presiunii intrastomacale, conținutul gastric trece în esofag, apoi în faringe, limba este trasă în jos, nazofaringele și laringele se închid, iar conținutul stomacal este evacuat pe gură. Vărsătura nu trebuie confundată cu regurgitația care este un reflux al alimentelor din stomac sau esofag în gură, fără greață și fără contracția mușchilor abdominali. De asemenea, vărsătura nu trebuie confundată cu vomica – care este eliminarea de colecții masive de puroi sau exsudat prin căile respiratorii ce provin dintr-un abces pulmonar, chist hidatic etc. Eliminarea este explozivă și abundentă.

Cauzele vărsăturii pot fi:

– **de origine centrală (cerebrală)** = centrul bulbar este influențat direct prin creșterea presiunii lichidului cefalorahidian = creșterea tensiunii intracraniene (meningite, encefalite, tumori etc.). Se produc fără nici un efort, nu sunt precedate de senzații de greață și de stare generală alterată.

– **de origine periferică** = excitația bulbului vine de la periferie. Este de origine digestivă, urogenitală, boli infecțioase, tulburări metabolice și endocrine, agenți chimici, medicamentoși etc.

Vărsăturile de origine periferică prezintă simptome premergătoare:

- greață
- salivație abundentă
- amețeli
- tahicardie
- dureri de cap

Manifestări de dependență

Frecvența	– ocazionale (intoxicații alimentare sau boli infecțioase acute) – frecvente (stenoza pilorică) – incoercibile (graviditate și boli psihice)
Orarul	– matinale (gravide și alcoolici) – postprandiale precoce (nevropați) sau tardive (ulcer și cancer gastric)
Cantitatea	– mare, în stenoză pilorică (la alimentele consumate, se adaugă secreția exagerată a glandelor gastrice și resturile rămase de la alimentațiile anterioare) – mică (câtiva zeci de ml)
Conținutul	– alimentare – mucoase, apoase (etilici și gravide) – fecaloide (ocluzii intestinale) – biliare (colecistopatii) – purulente (gastrite flegmonoase) – sanguinolente Sângele poate proveni din: – stomac (ulcer, cancer gastric, gastrită cronică, intoxicațiile cu substanțe caustice etc) – organele învecinate (plămâni, esofag, nas, gingii etc). Sângele fiind înghițit și apoi eliminat prin vărsătură (Hematemeză) În stomac sângele fiind digerat – apare vărsătura de culoare brună – culoarea „zațului de cafea" (drojdiei de cafea). Această culoare se datorește clorhidratului de hematină – care ia naștere din hemoglobină sub influența acidului clorhidric din stomac. Dacă hemoragia este abundentă, evacuarea conținutului stomacal se face mai repede, sângele neavând timp să fie digerat – atunci vărsăturile vor fi formate din sânge proaspăt-roșu
Culoarea	– galben verzuie (vărsături biliare) – roșie (hematemeză) – galben murdar (ocluzii) – brună – aspect de zaț de cafea (cancer gastric) (vezi conținutul)
Mirosul	– fad, acru, în hiperclorhidrii – fecaloid (ileus) – rânced (fermentație gastrică)
Forța de proiecție	– brusc, în jet, fără efort, fără legătură cu alimentarea, fără greață – vărsătură în hipertensiunea intracraniană
Simptome ce însoțesc vărsăturile	– dureri abdominale – greață – salivație – cefalee – transpirații reci, tahicardie – deshidratare

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu vărsături

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să fie menajat fizic și psihic în timpul vărsăturii	– în funcție de starea pacientului, asistenta îl așază în poziție semișezând, șezând sau în decubit dorsal, cu capul într-o parte, aproape de marginea patului – îl liniștește din punct de vedere psihic – îl ajută în timpul vărsăturii și păstrează produsul eliminat – îi oferă un pahar de apă să-și clătească gura după vărsătură – la indicația medicului îi administrează medicație simptomatică – suprimă alimentația pe gură și alimentează pacientul parenteral, prin perfuzii cu glucoză hipertonă, hidrolizate proteice, amestecuri de aminoacizi, vitamine și electroliți
Pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic și acido-bazic	– corectează tulburările electrolitice și rezerva alcalină – rehidratarea orală va începe încet, cu cantități mici de lichide reci, oferite cu lingurița – face bilanțul lichidelor intrate și eliminate – monitorizează funcțiile vitale și vegetative

7. Eliminare menstruală și vaginală inadecvată

Menstra este o pierdere de sânge prin organele genitale, care apare la sfârșitul fiecărui ciclu menstrual, dacă ovulul nu a fost fecundat (de la pubertate până la menopauză).

Menarha, prima menstră, apare între 11 și 14 ani și este influențată de mediu, climă, viața în aer liber.

Glandele mucoasei genitale secretă o cantitate redusă de lichid, care contribuie la procesul de autoapărare a aparatului genital față de infecție – leucoree fiziologică.

Când această secreție devine abundentă, se exteriorizează sub forma unei scurgeri iritante, în cantitate variabilă – leucoree patologică.

Manifestări de dependență

Amenoree	– absența menstruației – lipsa completă a menstrelor
Dismenoree	– menstruație dureroasă – apariția durerilor în timpul menstrei
Metroragii	– hemoragii neregulate, aciclice, survenite între două menstre succesive
Menoragii	– hemoragii menstruale prelungite
Oligo-menoree	– intervale lungi între menstre
Polimenoree	– intervale scurte între menstre
Hipomenoree	– cantitate redusă
Hiperme-noree	– cantitate crescută
Leucoree patologică	– de la câțiva ml, când pătează lenjeria, până la 200-400 ml
Hidroree	– secreție vaginală abundentă: 200-400 ml
Culoarea și aspectul scurgerilor vaginale	– albă lăptoasă, în leucoreea femeilor tinere – galben verzuie, în gonococie – roșie apoasă sau cafenie, în tumori – seroasă, mucoasă, muco-purulentă, purulentă
Ritmul scurgerilor	– continue sau sparodice, mai ales la oboseală

– Intervențiile asistentei –

Pacienta cu eliminare menstruală și vaginală inadecvată

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacienta să aibă o stare de bine, de confort și securitate	– asigură repausul la pat – efectuează spălături vaginale cu soluții antiseptice (după ce s-a recoltat secreție vaginală pentru examen bacteriologic și citologic) – aplică pansament absorbant și îl fixează în „T" – schimbă pansamentul des – învață pacienta tehnici de relaxare – protejează patul cu mușama și aleză, la nevoie – calmează durerea cu antialgice
Pacienta să aibă o stare de bine psihic	– liniștește pacienta în legătură cu problema sa – îi explică scopul intervențiilor (examen genital, examenul secreției vaginale, examinări radiologice) – îi administrează medicație sedativă la indicația medicului

8. Diaforeza. Transpirația în cantitate abundentă

Sudoarea contribuie la eliminarea apei și a unor deșeuri ca: uree, amoniac, acid uric și altele, completând astfel eliminarea renală. Într-o cantitate excesivă, are semnificație patologică, putând duce, uneori, la deshidratare.

Producerea transpirației are loc în funcție de o serie de factori: temperatura mediului ambiant, efort fizic și intelectual, ingestie de lichide, activitatea rinichilor, starea fiziologică a organismului.

Glandele sudoripare se află sub controlul sistemului nervos vegetativ simpatic. În susținerea termoreglării, intervine evaporarea lichidelor de la suprafața pielii (în transpirație), ceea ce ajută la pierderea de căldură; prin evaporarea fiecărui ml de sudoare, se pierd 0,58 cal.

Manifestări de dependență

Orar	– mai mult sau mai puțin regulat
Cantitate	– 600-1000 ml/24 h, ajungând, în cazuri extreme, la 10 litri/ 24 ore
Localizare	– generalizată, când temperatura mediului este crescută – semnificație critică atmosferică – localizată la palme și plante (boala Basedow, alcoolism cronic, rahitism, SIDA, tulburări preclimax)

	– hiperhidroză – cantitate plantară crescută, ce stagnează interdigital şi determină apariţia de micoze şi infecţii
Miros	– puternic – variază în funcţie de alimentaţie, temperatură ambiantă, deprinderile igienice ale bolnavului

– Intervenţiile asistentei –

Pacientul cu diaforeză

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să aibă o stare de bine, de confort fizic	– ajută sau menţine tegumentele pacientului curate şi uscate – spală tegumentele ori de câte ori este necesar – schimbă lenjeria de pat şi de corp – învaţă pacientul să poarte şosete din bumbac (absorbante) şi să le schimbe frecvent – menţine igiena riguroasă a plicilor şi a spaţiilor interdigitale – asigură îmbrăcăminte uşoară şi comodă
Pacientul să prezinte echilibru psihic	– cu tact şi cu blândeţe, va solicita pacientului să se spele – îl încurajează să-şi exprime sentimentele în legătură cu problema de dependenţă

9. Expectoraţia

Prin expectoraţie înţelegem eliminarea sputei din căile respiratorii. Sputa reprezintă totalitatea substanţelor ce se expulzează din căile respiratorii prin tuse. În condiţii fiziologice, mucoasa căilor respiratorii secretă doar o cantitate mică de mucus, necesară protejării suprafeţei interioare a organelor respiratorii faţă de uscăciune şi de efectul nociv al aerului şi prafului. Acest mucus nu se elimină şi nu declanşează actul tusei.

În condiţii patologice, se adună în căile respiratorii o cantitate variabilă de spută, care acţionează ca un corp străin şi provoacă actul tusei.

Sputa este formată din secreţia, transsudaţia şi exsudaţia patologică a mucoaselor bronhopulmonare, din descuamaţia epiteliilor pulmonare şi a căilor aeriene, din produsele rezultate din descompunerea ţesutului pulmonar şi din substanţe străine inhalate. În timpul evacuării prin faringe şi gură se mai adaugă salivă, secreţie nazală şi faringiană.

Manifestări de dependenţă

Culoarea	– roşie, sanguinolentă, aerată şi spumoasă – hemoptizie – hemoptoică – striată, cu sânge – ruginie (culoarea sucului de prune) – pneumonie – roşie-brună, când sângele stagnează în plămâni – roşie gelatinoasă, în cancerul pulmonar – roz, în edemul pulmonar – galben verzuie, în supuraţii pulmonare – albă sau albă cenuşie, în inflamaţia bronşică şi în astmul bronşic – neagră, în infarctul pulmonar
Mirosul	– fetid în dilataţia bronşică, caverne tuberculoase – fetiditate penetrantă, în gangrenă pulmonară – mirosul pământului sau al paiului umed, în supuraţii pulmonare
Consistenţa	– spumoasă – aerată – gelatinoasă – vâscoasă – lichidă
Formă	– perlată, în astmul bronşic – numulară, în caverne pulmonare – mase grunjoase izolate, în salivă – mulaje bronşice
Aspectul	– mucus, în astmul bronşic, inflamaţia bronhiilor – purulent, în supuraţiile pulmonare – muco-purulent – seros, în edemul pulmonar – pseudomembranos, în difteria laringiană – sanguinolent, în edemul pulmonar, cancer pulmonar, infarct pulmonar
Cantitatea	– 50-100 ml/24 ore, în bronşită, pneumonii, TBC – până la 1000 ml/24 ore, în bronşiectazii, caverne TBC, gangrenă pulmonară şi edem pulmonar – vomică – eliminarea unei cantităţi masive de puroi sau exsudat (în abces pulmonar, chist hidatic).

– Intervenţiile asistentei –

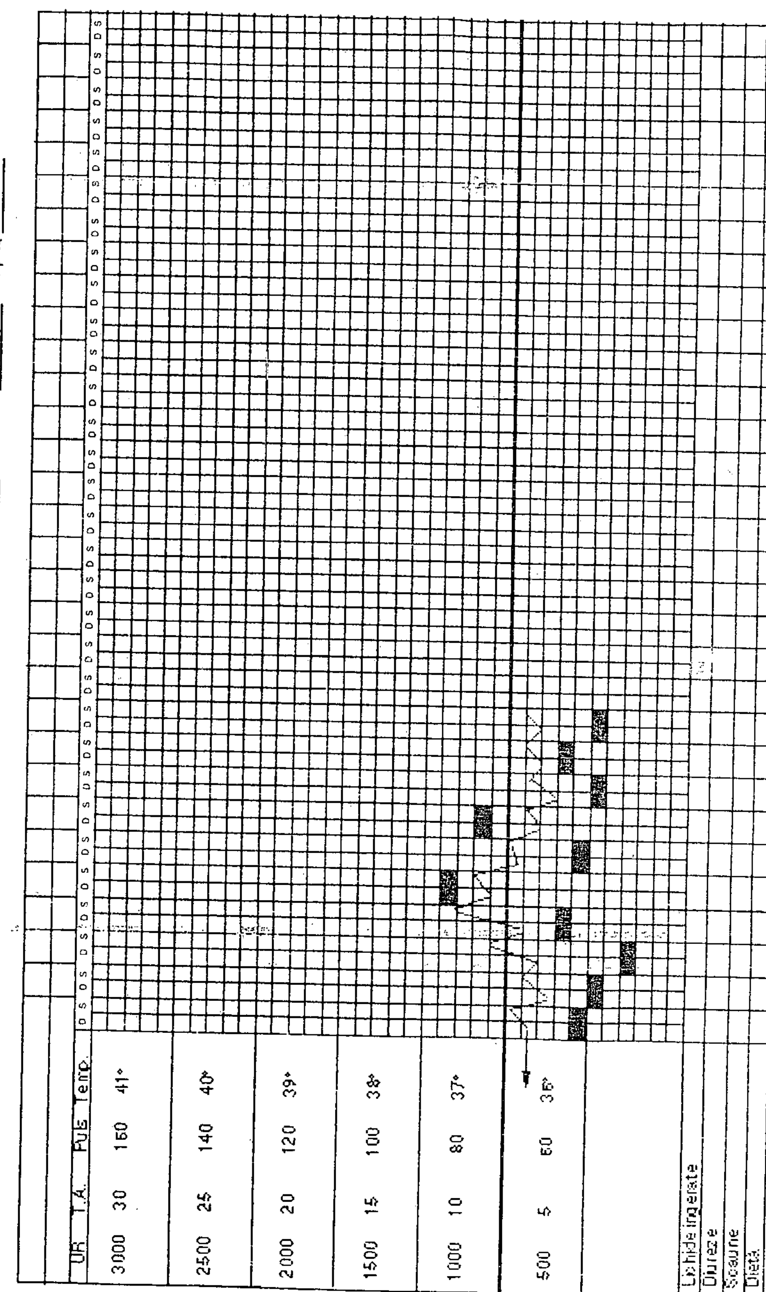
Pacient cu expectoraţie

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să *nu* devină sursă de infecţii nosocomiale	– educă pacientul cum să expectoreze, să tuşească cu gura închisă, îl învaţă să nu înghită sputa să colecteze sputa în scuipătoare (dezinfectată cu soluţie lizol, fenol 3%) – să nu stropească în jur – să nu arunce corpuri străine în scuipătoare – curăţă mucoasa bucală şi dinţii cu tampoane – goleşte şi curăţă scuipătorile, după ce au fost dezinfectate – mânuieşte scuipătoarele cu prudenţă, se spală şi se dezinfectează

Tehnici de evaluare și îngrijiri asociate nevoii de a elimina

Determinarea cantității de urină pe 24 ore

Obiective	– obținerea datelor privind starea morfofuncțională a aparatului renal și asupra altor îmbolnăviri – cunoașterea volumului diurezei – efectuarea unor determinări calitative (analize biochimice) din cantitatea totală de urină emisă – urmărirea bilanțului circulației lichidelor în organism = bilanțul lichidian (intrări-ieșiri)
Măsurarea diurezei	*Colectarea urinei pe 24 ore:* – se pregătesc recipiente – vase cilindrice gradate, cu gât larg, spălate și clătite cu apă distilată (pentru a nu modifica compoziția urinei) și acoperite; se poate utiliza orice borcan de 2-4 litri pe care-l vom grada noi cu creion dermograf sau pe benzi de leucoplast – colectarea începe dimineața, la o anumită oră, și se termină în ziua următoare, la aceeași oră – se informează pacientul asupra necesității colectării corecte a urinei și asupra procedeului *Pentru o determinare corectă:* – pacientul urinează dimineața la o oră fixă; această cantitate de urină, de la prima emisie, se aruncă – se colectează, apoi, toate urinele emise în decurs de 24 de ore, până a doua zi, la aceeași oră, păstrându-se și urina de la ultima emisie **■ De reținut:** – golirea vezicii trebuie să se facă înainte de defecare – pentru a împiedica procesele de fermentație, se vor adăuga, la urina colectată, cristale de timol – recipientul cu urină este etichetat cu numele pacientului, număr salon, număr pat, se ține la răcoare și ferit de lumină, pentru a preveni descompunerea urinei – după golirea recipientului, acesta se va spăla și dezinfecta conform cerințelor – pentru examene fizice (cantitate, aspect, miros) se recoltează urina din 24 ore – pentru examene chimice – se recoltează 100 ml de urină. **■ Precizare:** Pentru determinarea toleranței la glucide, 100 ml de urină vor fi recoltați din cantitatea totală de pe 24 ore



Notarea diurezei	Diureza se notează zilnic în foaia de temperatură a pacientului: – prin haşurarea pătrăţelelor corespunzătoare cantităţii de urină şi zilei respective – spaţiul dintre două linii orizontale al foii de temperatură corespunde la 100 ml de urină Cantitatea de urină eliminată în 24 ore, în mod normal, este de aproximativ 1500 ml.

Analiza urinei

Examenul de urină poate furniza date asupra homeostaziei organismului.

Examenul urinei cuprinde un examen **macroscopic** (volum, transparenţă, culoare, luciu, miros, aspect, densitate), unul **microscopic** (sediment = elemente figurate, cilindri, celulele epiteliale), examen **bacteriologic şi examen fizico-chimic** al urinei (reacţia = pH, ionograma, compoziţia chimică = uree, creatinină, clorurie, proteinurie etc.).

	ANALIZA SUMARĂ A URINEI
Determinarea densităţii	**MATERIAL NECESAR** – un cilindru gradat de 100 ml, **urodensimetru**, hârtie de filtru (pentru îndepărtarea eventualei spume de la suprafaţa urinei). **TEHNICA:** – se toarnă urină în cilindrul gradat; – se aspiră spuma (dacă există) cu ajutorul hârtiei de filtru; – se introduce urodensimetrul (să plutească liber în urină); – se citeşte valoarea densităţii pe scară la cifra care corespunde pe menisc de la suprafaţa urinei. Densitatea normală = 1015 – 1025. Densitatea urinei este influenţată de regimul alimentar, de cantitatea de urină şi de capacitatea de concentraţie şi diluţie a rinichilor. a b Urodensimetru
Reacţia urinei	Se determină cu hârtie albastră şi roşie de turnesol. Se va determina numai din urina proaspătă deoarece urina veche intră în fermentaţie amoniacală care o alcalinizează. Normal, urina are o reacţie acidă, dar poate să fie şi alcalină sau neutră. Aciditatea urinei în mod normal este între 5,6 – 6,4 (pH).

Determinarea calitativă a albuminei (proteinurie)	**MATERIAL NECESAR**: două eprubete, stativ, soluţie de acid sulfosalicilic 20%. **TEHNICA:** – se toarnă în fiecare eprubetă câte 5 ml urină; – într-una dintre ele se adaugă 10–15 picături de acid sulfosalicilic. Cealaltă eprubetă cu urină serveşte de martor (comparaţie); – se agită şi se observă pe fond negru, comparând cu eprubeta martor. **INTERPRETARE:** dacă urina rămâne limpede, analiza = negativă. Dacă prezintă opalescenţă = urina conţine albumină. În funcţie de aprecierea opalescenţei se notează rezultatul pozitiv (+), una sau mai multe cruci (slab pozitiv +; intens pozitiv ++, foarte pozitiv +++).
Determinarea cantitativă a albuminei	Se face cu reactivul Esbach şi cu **albuminometrul Esbach** = tub de sticlă care are la partea superioară notat semnul „R" (reactiv), iar la mijloc semnul „U" (urină). Tubul este gradat la partea inferioară de la 1/2 la 12. **TEHNICA:** – se toarnă în tubul Esbach urină până la semnul „U" şi se adaugă reactiv până la semnul „R". – se astupă tubul, apoi se agită bine prin răsturnarea tubului pentru amestecarea urinei cu reactivul; – se lasă în stativ timp de 24 ore, apoi – se citeşte rezultatul la înălţimea stratului precipitat direct în g‰. Albumenometru Esbach
Determinarea puroiului	Se face cu hidroxid de sodiu 20% sau potasiu 20%. **TEHNICA:** – se toarnă urina (5 ml) într-o eprubetă, apoi – se adaugă câteva picături din hidroxid de sodiu 20% sau potasiu 20%; – se agită în formă de U. **INTERPRETARE**: dacă există puroi, bulele de aer ce se formează în urină nu se ridică la suprafaţă decât cu întârziere.
Determinarea calitativă a glucozei	**MATERIAL NECESAR**: o eprubetă, lampă de spirt, clemă pentru eprubetă, reactiv Nylander, Fehling I sau Fehling II. **TEHNICA:** – se toarnă în eprubetă 5 ml urină; – se adaugă 2 ml reactiv; – se încălzeşte eprubeta la fierbere (eprubeta se va ţine cu clema) = se introduce în flacără în poziţie înclinată

	– încălzirea se face la nivelul de sus al lichidului din eprubetă – în caz contrar conţinutul tubului poate ţâşni afară. **INTERPRETARE**: dacă urina conţine glucoză – în timp de 10–15 minute lichidul din eprubetă se colorează în negru.
DE REŢINUT: în mod uzual determinarea glicozuriei se face prin *teste rapide.*	
Determinarea acetonei	Se face cu reactiv Legal-Imbert şi soluţie de amoniac. **TEHNICA:** – peste urina din eprubetă (5-6 ml) se adaugă câteva picături de reactiv; – se agită uşor, apoi – se prelinge pe marginea eprubetei 1 ml amoniac. **INTERPRETARE**: dacă urina conţine acetonă – se formează un disc violet la limita de separare a celor două lichide.
Determinarea urobilinogenului	Se face prin metoda Erlich. Determinarea se face din urină rece pentru a nu se obţine un rezultat fals. **TEHNICA:** – se toarnă câte 5 ml urină în două eprubete (una din eprubete este martor); – într-una din ele se picură câteva picături de reactiv Erlich; – se compară, după 1–2 minute, cu eprubeta martor. **INTERPRETARE**: dacă apare o culoare roşie, urobilinogenul este crescut. Gradul de pozitivitate se apreciază după intensitatea culorii: – culoarea roz spre roşu = slab pozitiv (+); – culoarea roşu intens = urobilinogen crescut (++); – culoarea roşu aprins = (+++).
Determinarea bilirubinei	Se face prin proba Rosin, folosind ca reactiv alcool iodat 6%. **TEHNICA:** – se toarnă 5-6 ml urină în eprubetă; – se preling pe marginea eprubetei 1–2 ml alcool iodat. **INTERPRETARE:** dacă apare un inel verde la limita de separare a celor două lichide, bilirubina este prezentă.

Studiul cantitativ al elementelor figurate şi al cilindrilor din urină se face prin ***testul Addis-Hamburger:***

Etape de execuţie	*Timpi de execuţie*
ATENŢIE! La femei nu se fac recoltări în perioada menstruală.	
1. Pregătirea bolnavului	**1.1.** Se anunţă bolnavul cu o zi înainte de efectuarea probei; se recomandă regim fără lichide cu 24 ore înainte.

	1.2. Dimineaţa, bolnavul este rugat să urineze, se *notează ora exactă;* această urină se aruncă. **1.3.** Din acest moment bolnavul este rugat să rămână culcat timp de 100 sau 180 de minute. **1.4.** Bolnavul nu bea nimic în tot acest timp (după unii, bolnavul bea 200 ml apă sau ceai fără zahăr, imediat după golirea vezicii urinare pentru asigurarea debitului urinar minim).
2. Pregătirea materialului pentru recoltarea urinei	**2.1.** Se pregăteşte materialul steril pentru recoltare, acelaşi ca şi pentru examenul bacteriologic al urinei. **2.2.** Se pregăteşte materialul necesar pentru toaleta organelor genitale.
3. Recoltarea urinei	**3.1.** După 100 sau 180 de min. se face toaleta organelor genito-urinare cu apă şi săpun. **3.2.** Se recoltează întreaga cantitate şi se măsoară volumul (recoltarea se face din jet prin emisiune spontană sau prin cateterism vezical). **3.3.** Se trimite la laborator, notându-se exact intervalul de timp între cele două micţiuni şi volumul urinei de la a doua micţiune. **INTERPRETARE**: normal se elimină prin urină 1000 hematii/minut şi 1000 leucocite/minut.

Captarea dejecţiilor fiziologice şi patologice

Scop:	– observarea caracterelor fiziologice şi patologice ale dejecţiilor – descoperirea modificărilor lor patologice în vederea stabilirii diagnosticului
Pregătire	• *materiale* – prosoape, acoperitoare de flanelă – paravan, muşama şi aleză – materiale pentru toaleta mâinilor – mănuşi – ploscă, bazinet, urinare pentru femei şi bărbaţi – tăviţă renală, scuipători, pahar conic sau cutie Petri • *pacient* – fizic, în funcţie de produsul captat

Captarea materiilor fecale	– se separă patul de restul salonului cu paravan – se îndepărtează pătura și cearșaful care acoperă pacientul – se protejează patul cu mușamaua și aleza – se dezbracă pacientul (partea inferioară) – se ridică pacientul și se introduce bazinetul cald sub regiunea sacrală – se acoperă cu învelitoarea până termină actul defecării – se efectuează toaleta regiunii perianale – se îndepărtează bazinetul cu atenție – se acoperă cu capacul sau învelitoarea special pregătită și se îndepărtează din salon – se strâng materialele folosite – se îmbracă pacientul, se reface patul – se aerisește salonul – se spală mâinile pacientului – scaunul acoperit se păstrează pentru vizita medicală în locuri special amenajate
Notarea scaunelor	Notarea scaunelor, în foaia de temperatură, se face prin semne convenționale: – normal = I (linie verticală) – moale = / (linie oblică) – diaree (apos) = – (linie orizontală) – mucus = X – puroi = P – sanguinolent = S - melenă = M Dacă numărul scaunelor evacuate într-o zi este foarte mare, se notează numărul total urmat de semnul convențional respectiv (de exemplu, 12, adică 12 scaune diareice-apoase).
Captarea urinei	– servirea urinarelor, ca și îndepărtarea lor se face în mod asemănător cu a bazinetelor – urinarele pot fi plasate pe suportul de sârmă, fixate la marginea patului – după utilizare, se golesc imediat, se spală la jet de apă caldă și se dezinfectează
Captarea sputei	– se face în recipiente spălate, sterilizate, uscate, cu soluție lizol 3% și fenol 2,5%, amestecată cu sodă caustică (fără soluție dezinfectantă atunci când sputa trebuie examinată la laborator) – se instruiește pacientul să nu înghită sputa, să nu o împrăștie, să folosească recipientul dat

	– i se asigură scuipători de rulaj pentru a se putea schimba la nevoie – după golire, se spală cu apă rece, apoi cu apă caldă, cu perii speciale, ținute în soluție dezinfectantă – se sterilizează zilnic prin fierbere sau autoclavare
Captarea vărsăturilor	– se așază pacientul, în funcție de starea generală, în poziție șezând, decubit dorsal, cu capul întors într-o parte – se protejează lenjeria de pat cu mușama și aleză – se protejează pacientul cu prosop în jurul gâtului – se îndepărtează proteza dentară mobilă când este cazul – i se oferă tăvița renală și/sau se susține – se încurajează, i se oferă pahar cu apă să-și clătească gura – i se oferă cuburi de gheață, lichide reci în cantități mici – se șterge fața, se pun comprese reci pe frunte – se păstrează vărsătura pentru vizita medicului – se notează caracterele vărsăturii, frecvența – se spală și se dezinfectează recipientele, se pregătesc pentru sterilizare prin fierbere sau autoclavare



Aspirația gastrică

Aspirația gastrică = golirea stomacului de conținut – prin intermediul unui tub introdus în stomac și menținerea stomacului gol, prin efectuarea unor manevre de aspirație.

Indicații	– sindromul de stază gastrică este o indicație majoră; uzual, este efectuată în următoarele cazuri: – obstrucție intestinală (ocluzie) – ileus paralitic – preoperator – în intervenții chirurgicale abdominale, gastrice (ulcer gastric perforat, varice esofagiene sau gastrice) – postoperator (gastrectomie, colecistectomie) ▪ **Precizare:** În afară de așa-zisa aspirație *activă, continuă, intubația gastrică de evacuare* a conținutului stomacal are următoarele indicații: – obstacol digestiv la nivelul stomacului, duodenului sau pilorului – hemoragie digestivă superioară, cu acumularea unor cantități mari de sânge în stomac – pareză gastrică în cadrul tubului digestiv, de stres
Echipamentul necesar	– cărucior – sonda – nazo-gastrică; se folosesc, de obicei, sonde cu lumen mic, preferându-se, în ultimul timp, sonde de plastic cu vârf bont și câteva orificii laterale = sonde Levin cu un singur lumen

	În lipsa unor astfel de sonde, ele pot fi improvizate din truse de perfuzie. Orice sondă de aspirație gastrică va trebui să aibă notate, înainte de a fi introdusă, dimensiunile de 50 și 60 cm de la capătul distal. – materiale pentru protecția pacientului și a patului (șervețele, șorțuri, tăviță renală, mușama, aleză) – recipient pentru proteza dentară, dacă este cazul – material necesar pentru curățarea nărilor – la nevoie – lubrifiant – hidrosolubil – seringă de 20 ml – recipient pentru lichidul de aspirație – hârtie de turnesol pentru testarea acidității – pensă hemostatică - la nevoie – pompă de aspirație sau seringă de calibru mai mare
Efectuarea manevrei	*Fig. 19* – Măsurarea sondei Levin 1. distanța de la ureche la nas 2. distanța de la nas la extremitatea inferioară a apendicelui xifoid Înainte de toate, *asistenta:* – explică pacientului scopul tubajului, explică manevra, îi câștigă consimțământul și cooperarea – asigură izolarea pacientului – asigură pacientului o poziție cât mai confortabilă și relaxantă, îl informează asupra duratei intervenției – îndepărtează proteza dentară – dacă există – într-un recipient etichetat cu nume – roagă pacientul să-și sufle nasul, pe rând, fiecare nară sau curăță nările dacă este necesar – întreabă pacientul dacă are defect nazal – măsoară, cu aproximație, distanța de la nările pacientului la stomac și notează pe tubul nazo-gastric sau măsoară distanța conform figurii 19 – introduce sonda în stomac (vezi tubaj gastric) – verifică dacă sonda a ajuns în stomac prin una din următoarele metode: – aspiră conținutul gastric și testează aciditatea cu hârtie de turnesol – introduce 20 ml de aer în stomac cu ajutorul unei seringi, în timp ce o a doua asistentă ascultă abdomenul cu ajutorul unui stetoscop; un vuiet va fi auzit în cazul plasării corecte a sondei în stomac

	– securizează sonda la nas sau față, cu bandă adezivă – aspiră conținutul gastric printr-o aspirație continuă sau intermitentă, în funcție de recomandarea medicului După suprimarea aspirației gastrice *asistenta:* – se asigură că, după manevră, pacientul stă confortabil pe cât posibil – îndepărtează materialele folosite – înregistrează tehnica efectuată – monitorizează pacientul pentru orice efecte post-manevră și le raportează medicului

DE REȚINUT:

- Aspirația continuă poate fi efectuată: cu ajutorul unei pompe sau prin introducerea capătului distal al sondei nazo-gastrice într-un recipient așezat mai jos decât stomacul pacientului.
- Aspirația intermitentă: cu ajutorul unei pompe sau cu ajutorul unei seringi. Între aspirații, capătul sondei se închide. Aspirația intermitentă este folosită la sondele cu un singur lumen.
- Dacă există suspiciunea unei astupări a sondei, ea va fi permeabilizată prin introducerea unor mici cantități de aer sau ser fiziologic (nu se folosesc soluții hipertone).
- Cantitatea lichidului de stază aspirată din stomac va fi măsurată cu exactitate și calculată ca pierdere în cadrul bilanțului hidric.
- Suprimarea aspirației gastrice se face după o pensare prealabilă de circa 6 ore a sondei de aspirație, timp în care nu trebuie să apară semne de intoleranță gastrică.
- Comunicarea, în special cea verbală, poate fi redusă, o coală de hârtie și un creion, puse la îndemână, pot fi de un real ajutor pentru pacient.

Promovarea confortului	– prevenirea lezării mucoaselor – securizarea sondei, la nas sau la față, atunci când aceasta a ajuns în stomac, de așa manieră încât aceasta să nu preseze mucoasa nazală; restul sondei se fixează la pat sau la hainele pacientului – lubrifierea sondei cu lubrifiant solubil în apă – păstrarea umedă a mucoaselor; se pot oferi pacientului bomboane tari ce trebuie supte și care stimulează salivația – îngrijirea frecventă a cavității bucale și nazale pentru a preveni uscăciunea lor din cauza prezenței sondei – eliminarea excesului de secreții din jurul nărilor și aplicarea de lubrifiant hidrosolubil pentru a preveni consolidarea secrețiilor – modificarea frecventă a poziției pentru prevenirea presiunii exercitate de sondă asupra mucoasei faringiene

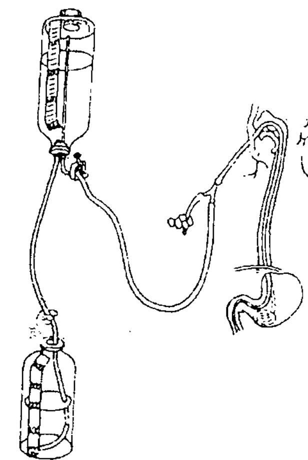
Tubajul intestinal – aspirație intestinală continuă

Tubajul intestinal = introducerea prin gură sau nas a unei sonde de plastic sau de cauciuc în intestin, dincolo de limitele duodenului.

Scop: alimentarea sau hidratarea; aspirația intestinală continuă.

ASPIRAȚIA INTESTINALĂ CONTINUĂ

Indicații	– extragerea lichidelor și a gazelor din intestin pentru a preveni distensia intestinală cauzată prin acumularea de gaz și lichide (decompresiune) – în cazul întreruperii tranzitului intestinal; în obstrucția intestinală – când gazele și lichidele nu pot fi absorbite sau eliminate pe cale naturală – ca măsură profilactică – înaintea unei intervenții chirurgicale pe abdomen – pentru a preveni vărsăturile postoperatorii și tensiunea (presiunea) asupra suturii operatorii ce pot produce ruperea (dislocarea) acesteia sau pentru a preveni o obstrucție intestinală postoperatorie – pentru temporizarea unei intervenții chirurgicale, în caz de ileus mecanic – ca metodă de tratament în cazul ileusului paralitic, pentru decompresia tractului gastrointestinal
Echipamentul necesar	– sondă lungă – Miller-Abbott = 3 m cu lumen dublu (Fig. 20) *Fig. 20* – Sonda Miller Abbott – un lumen se termină printr-un balonaș de cauciuc cu o capacitate de 50 ml – care poate fi umflat prin lumen Balonul umflat asigură înaintarea sondei în intestin, reprezentând un excitant mecanic în declanșarea mișcărilor peristaltice. – celălalt lumen, de calibru mai mare, se termină printr-o olivă metalică și servește la aspirarea lichidelor și a gazelor. În lipsa sondei Miller-Abbott, se poate folosi și sonda duodenală Einhorn. – recipient de colectare – borcan de 5-10 l, în care se realizează o presiune negativă; mecanismele de aspirație a aerului din recipient pentru a realiza un vid sunt diferite.

	Recipientul de colectare poate fi racordat la următoarele sisteme de aspirație: – aspirator electric – trompa de vid – care aspiră aerul din recipient în funcție de intensitatea curentului de apă din rețea (vezi aspirația pleurală) În cazul în care aparatura nu poate fi racordată la rețeaua de apă, vidul necesar se realizează prin diferite mecanisme improvizate pe principiul vaselor comunicante.
Mecanisme improvizate pe principiul vaselor comunicante	Se vor folosi două recipiente cu capacitate de câte 10 l. Unul va fi astupat cu dop de cauciuc, prin care trec două tuburi de sticlă, unul lung până la fundul vasului, celălalt scurt, numai până sub nivelul dopului. Borcanul astupat și umplut cu apă este atârnat pe un stativ – cu gura în jos. Tubul lung se racordează la sonda aspiratoare, iar cel scurt se racordează la un tub de cauciuc sau plastic prevăzut cu clemă Hoffman. Acest tub pătrunde în al doilea borcan situat cu 1,5 m sub nivelul primului.  *Fig. 21* – Aparat improvizat pentru realizarea vidului necesar aspirației continue Sistemul funcționează în felul următor: se deschide clema Hoffman iar apa începe să curgă în borcanul de jos, realizând o presiune negativă în borcanul de sus. Vidul creat va exercita o forță de aspirație asupra conținutului intestinal. Dezavantajul acestui aparat: gazele din intestin îl umplu foarte repede și borcanul aspirator trebuie mereu umplut cu apă. Din acest motiv s-au construit modele de aparate după principiul de funcționare al aparatelor de pneumotorax, unde, după scurgerea apei dintr-un recipient în altul, se inversează poziția celor două aparate (Fig. 21). Dacă nu dispunem de nici una din posibilitățile amintite, atunci aspirația se va face cu o seringă tip Guyon, Record sau alt tip, de calibru mare, cu care se va face aspirația din 10 în 10 minute. – Restul materialelor necesare se vor pregăti ca și pentru aspirația gastrică și tubajul duodenal.

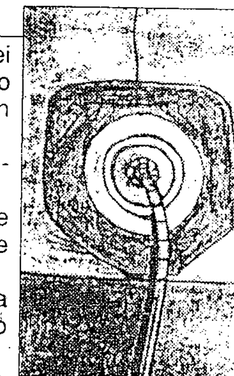
Efectuarea manevrei	*Pregătirea pacientului:* – asistenta informează, explică și pregătește pacientul psihic și fizic, ca și în cazul aspirației gastrice – pregătește patul cu lenjerie curată, cu mușama, traversă curată, pentru a nu deranja ulterior pacientul (intervenția fiind de lungă durată) – informează pacientul asupra duratei care poate fi 1-2 zile și mai mult – introducerea sondei până în duoden se face la fel ca și la tubajul duodenal (vezi tehnica tubajului duodenal) – pentru introducerea sondei în profunzime mai mare, asistenta umflă balonașul prin lumenul corespunzător; balonașul va înainta în intestin trăgând după el sonda; viteza de înaintare este de 1 cm pe minut; înaintarea sondei poate fi facilitată prin modificarea poziției pacientului, astfel: – culcat pe partea dreaptă 2 ore – culcat în decubit dorsal 2 ore, apoi – culcat pe partea stângă 2 ore – asistenta verifică profunzimea sondei – prin citirea cifrelor marcate pe sondă; poate fi până la 3 m de la arcada dentară – când sonda a ajuns în profunzimea dorită, asistenta dezumflă balonașul – apoi, racordează tubul mai gros al sondei la aparatul de aspirat – deschide robinetul sondei și începe aspirația – pe tot timpul aspirației, se va păstra o igienă bucală riguroasă (ireproșabilă) pentru a preveni infecțiile bucale virotice și micotice. Sonda se va mobiliza de mai multe ori pe zi pentru a preveni escarele intranazale.

DE REȚINUT:

- deoarece prin aspirație se pierd cantități mari de lichide și săruri minerale, lichidele administrate se vor nota pentru bilanțul lichidian
- aspirația intestinală trebuie să fie însoțită totdeauna de hidratarea și mineralizarea organismului (lichide și electroliți administrate parenteral)
- lichidele extrase vor fi măsurate și notate exact pentru calcularea bilanțului hidric
- extragerea sondei se face cu sistemul de aspirație în funcțiune pentru a îndepărta lichidele, gazele acumulate pe parcurs în intestin, duoden, stomac
- îndepărtarea sondei durează 15-20 minute; uneori este nevoie ca extragerea să se facă mai încet, câte 15-20 cm la fiecare 10 minute
- după terminarea aspirației, hidratarea și mineralizarea pacientului se va face pe calea indicată de medic până la recuperarea pierderilor.

Stomiile

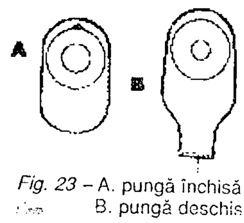
DEFINIREA TERMENILOR

Stomă	– vine de la cuvântul grecesc „stoma", care înseamnă gură sau gaură
Stomie	– crearea printr-o intervenție chirurgicală a unei deschizături (stome) prin care se realizează o comunicare între un organ cavitar și tegument sau realizarea unei noi deschideri între două formațiuni
Anus artificial	– orificiu intestinal artificial creat printr-o intervenție chirurgicală, în vederea eliminării conținutului intestinal
Ileostomie	În funcție de **locul stomei**, se folosesc diferite denumiri, astfel: – deschiderea și fixarea operatorie a intestinului subțire la nivelul pielii peretelui abdominal În ileostomie, anusul artificial (stoma) este la nivelul ileonului.
Colostomie	– deschiderea și fixarea colonului la suprafața peretelui abdominal, printr-o intervenție chirurgicală. Colostomia poate fi temporară sau definitivă. Anusul artificial creat (stoma) poate fi la nivelul colonului ascendent, transvers sau descendent.
Urostomie	– nefrostomie = crearea operatorie a unei comunicări între rinichi și piele printr-o sondă, în vederea derivării urinei în exterior – ureterostomie (directă) = aducerea ureterului la piele printr-o stomă (Fig. 22) – cistostomie = aducerea vezicii urinare la piele printr-o stomă (cistostomie de derivație temporară sau definitivă) – uretrostomie (perineală) = aducerea uretrei la pielea perineului tot printr-o stomă **Precizare:** – urostomiile interne nu le definim, deoarece nu constituie o problemă de practică pentru asistentele medicale  *Fig. 22* – Ureterostomie cutanată
Gastrostomie	– crearea unei comunicări între stomac și peretele abdominal printr-o stomă efectuată chirurgical. Scopul – nutriția pacientului.

COLOSTOMIILE

Colostomia poate fi la nivelul colonului ascendent, transvers, descendent. Cel mai frecvent folosită este colostomia la nivelul colonului descendent pentru cancerul sigmoidian, rectal sau anal.

Susținerea psihologică	Asistenta nu poate să dea îngrijiri și educație unui pacient dacă nu cunoaște toate aspectele problemei pe care le prezintă un pacient cu colostomie: ce gândește pacientul? ce simte? dorințele, refularea, spaima etc. Ea trebuie să stabilească cu pacientul un climat de încredere care să-i ușureze adaptarea la noua situație. Asistenta trebuie să-și pună în practică cunoștințele de psihologie și să execute intervențiile în funcție de personalitatea pacientului. Șocul cauzat de colostomie, diagnosticul de cancer micșorează capacitatea de adaptare a pacientului și a familiei sale la noul mod de viață. Pacientul poate fi anxios, mâhnit pentru diagnostic și operație. Dorește să știe: în ce constă colostomia, ce-l va împiedica să-și îndeplinească activitatea? Asistenta îl va ajuta și încuraja în așa fel încât el să poată suporta mai ușor situația inevitabilă. Este bine ca asistenta să se gândească la experiența dificilă prin care trece pacientul; el probabil n-a văzut niciodată o incizie chirurgicală, cu atât mai puțin o colostomie; asistenta poate să-l obișnuiască, încă înaintea operației, cu imaginea de sine. Îi poate face desene, sau îi va arăta fotografii în care sunt prezentate imagini corporale schimbate prin colostomie. Acestea, arătate înainte de operație, pot reduce șocul resimțit de pacient, atunci când își va vedea plaga operatorie pentru prima dată. În cursul conversației din perioada preoperatorie, asistenta asigură pacientul că imediat după operație va fi îngrijit și va fi educat ca să se poată apoi îngriji singur, menționând că azi mii de persoane, având o colostomie, duc o viață activă normală.
Asigurarea echipamentului necesar pentru îngrijirea stomei	– măsuța sau tava pentru materiale – un lighean/vas cu apă caldă – fașă sau prosoape de hârtie – aparat colector potrivit (pungă colectoare) – foarfeci – cană de măsurat conținutul – mănuși (nesterile) – cremă „de barieră" pentru protejarea pielii din jurul stomei – deodorant dacă e nevoie – recipient pentru materialul murdar (feși, comprese)
Aparate colectoare	Există o mare varietate de pungi colectoare și aparate cu centură. Alegerea tipului de material colector este în funcție de mai multe criterii: tipul stomei, localizarea, gradul de autonomie, personalitatea, activitățile pacientului, timpul pe care îl are pacientul la dispoziție pentru îngrijirile sale, instalațiile sanitare etc.

	Tipuri de aparate: • *pungi:* – pot să fie închise (ca un săculeț) sau deschise în partea inferioară pentru a permite golirea (Fig. 23) – fixarea pungilor se face cu un adeziv care se află pe suprafața de fixare a pungii (Fig. 24)  *Fig. 23* – A. pungă închisă B. pungă deschisă Unele pungi au protectoare cutanate care permit protejarea pielii în caz de iritații sau alergii din cauza adezivului • *aparat cu centură, fără adeziv:* – este compus dintr-un inel (disc) pe care se fixează punga; inelul este prevăzut cu două urechiușe în care se fixează centura.  *Fig. 24* – Aparat colector la copii cu stomie Dezavantajele acestui tip de aparat: – nu sunt etanșe pentru materiile fecale și mirosuri – pot produce leziuni sub aparat – pot favoriza apariția sau agravarea prolapsului și a eventrației – sistemul de aparat cu două piese (mai perfecționat) – este compus dintr-o placă de protecție a pielii pe care se fixează punga
Conduita asistentei în practica de îngrijire	În primele zile din perioada postoperatorie *asistenta:* – pansează rana abdominală folosind tehnica aseptică cunoscută (vezi tehnica pansamentului) – din prima zi după operație, ajută pacientul să se ridice – în a doua sau a treia zi după operație, chirurgul verifică permeabilitatea stomei; în acel moment, adesea se evacuează un scaun păstos, mirositor; asistenta previne pacientul, chiar de la prima tehnică de îngrijire, asupra caracterului scaunului evacuat – protejează patul cu plastic acoperit cu aleză – explică pacientului practica de îngrijire, îi câștigă încrederea și cooperarea; îl încurajează să participe la îngrijire – asigură intimitatea pacientului și-l ajută să se așeze într-o poziție confortabilă – îmbracă mănuși (nesterile) – așază un prosop de hârtie sau o fașă în jurul stomei pentru a proteja zona înconjurătoare de scurgeri sau revărsări – observă pacientul în tot timpul acestei activități – golește aparatul colector și măsoară conținutul dacă se cere – îndepărtează fin aparatul – spală pielea din jurul stomei numai cu apă caldă și săpun neutru; săpunul obișnuit poate cauza iritarea pielii

	– încurajează pacientul să-și privească stoma și-i explică ce face – observă culoarea și aspectul stomei și a pielii dimprejur (roșeață, iritații) – șterge cu meticulozitate pielea din jurul stomei – aplică o cremă protectoare, care apoi se îndepărtează – fixează aparatul nou pregătit astfel încât să nu permită nici o scurgere în jurul stomei (Fig. 25 A și B) – se asigură că pacientul se poate simți cât mai confortabil.

Fig. 25 A. Ridicarea membranei protectoare în vederea fixării pungii colectoare
B. Adaptarea pungii colectoare

IRIGAREA COLONULUI PRIN STOMĂ (CLISMĂ)

– eliminare regulată –

Scopul irigării este de a goli colonul de gaze, mucus și excremente, pentru ca pacientul să poată să-și urmeze activitățile sale. O irigare este o clismă.

Irigarea este bine să se facă la ore regulate și se preferă după o masă, căci ingestia de hrană stimulează peristaltismul și defecația.

Irigarea (clisma) este rezervată numai pacienților cu colostomie stângă.

Contraindicații:

- la persoanele în vârstă cu stare generală alterată
- la debili
- prudență în caz de colon iradiat sau diverticuloză de colon
- la pacienți cu angină pectorală în antecedente.

Atenție

Folosirea sondelor sau cateterelor de orice tip prezintă risc de perforare a intestinului. Se folosește doar „colotipul", care suprimă acest risc.

Echipament pentru irigație	În cazul golirii și spălării intestinului prin irigație pregătim: – irigator pentru colostomie, tub, adaptor (Fig. 26) – canulă colotip (specială pentru clismă) – soluție (apă) călduță – vaselină pentru lubrifierea canulei – suport pentru irigator – sac de drenaj cu adeziv care se fixează direct pe piele – sau un sac de drenaj cu un inel pentru fixarea sacului (fig. 27 A, B)

Fig. 26 – Realizarea unei irigații cu canula colotip

	– pungă pentru pansamentul și compresele folosite – pansament pentru a acoperi colostomia
Recomandări	– prima clismă se poate efectua în a opta, a zecea zi postoperator și numai dacă există recomandarea medicului – înainte de începerea primei clisme se verifică sensul traiectului intestinal, printr-un tușeu de introducere a „colotipului" – perioada cea mai favorabilă pentru clismă este în convalescență – între 3 săptămâni și 2 luni după intervenția chirurgicală – clisma se face la interval de 2-3 zile – la ore fixe, indiferent în ce perioadă a zilei
Efectuarea irigației	– recipientul umplut cu soluție de irigat se fixează pe suport – pacientul se așază pe un scaun sau poate să stea în picioare, în fața chiuvetei de WC – extremitatea inferioară a sacului de drenaj se introduce în chiuveta WC-ului sau într-un recipient colector (Fig. 28) – se elimină aerul din tubul irigatorului – se introduce colotipul în stomă prin extremitatea superioară a sacului de drenaj – la început se introduc în jur de 500 ml soluție, apoi treptat până la 1000 ml – soluția = apă curată călduță

Fig. 27 A. Răsfrângerea sacului de drenaj și înfășurarea peste inel
B. Adaptarea la centură a inelului (cu sacul de drenaj)

Fig. 28 – Introducerea sacului de drenaj în vasul WC-ului

	– irigatorul se ridică la nivelul capului pacientului – în caz de colici se oprește introducerea apei – se așteaptă reîntoarcerea lichidului de spălătură, care durează 15 minute; în acest timp, pacientul poate să citească sau să asculte radioul, se îndepărtează materialele folosite – stoma se acoperă cu pansament și comprese ■ **Important:** Asistenta încurajează pacientul să observe bine tehnica, îi explică fiecare etapă, astfel încât el să fie capabil să o execute singur.

REINTEGRAREA PSIHO-SOCIALĂ A PACIENTULUI COLOSTOMIZAT

Este indicat ca asistenta să efectueze vizita la domiciliul pacientului pentru a vedea modul în care acesta s-a adaptat în mediul de acasă.

Menținerea unui mediu de igienă la standarde ridicate	Îngrijirea stomei ca atare nu este o practică sterilă, trebuie însă menținute standarde ridicate de curățenie. Îngrijirea stomei trebuie privită ca o formă de toaletă și se efectuează o spălare minuțioasă pe mână. Pacientul trebuie învățat să-și protejeze pielea împotriva iritării și infecției. Infecțiile pielii din jurul stomei pot fi bacteriene și fungice. Cea mai frecventă infecție este cea cu Candida albicans. De asemenea, se va atenționa asupra faptului că orice stomă cu drenaj poate duce la iritarea pielei dacă aceasta nu este adecvat protejată. De aceea, atunci când există regurgitări de la pungă, aceasta trebuie imediat schimbată. Conținutul pungii de la stomă trebuie golit la toaletă. Pungile murdărite trebuie tratate ca și gunoi. Odată ajuns acasă, pacientul va fi instruit să învelească punga în hârtie, în ziar sau în altă pungă de plastic, după ce a fost golită și să o arunce la coșul de gunoi. În timpul nopții, pacientul poate să nu folosească punga colectoare, ci numai pansament absorbant
Comunicarea	– O sarcină de bază a asistentei medicale este să ajute pe pacient să reziste psihic, să facă față stresului creat de imaginea corporală modificată, să-l ajute să se accepte, să se adapteze psiho-social. Capacitatea insuficientă de a face față bolii poate produce deteriorarea cronică sau permanentă a calității vieții pacientului și a familiei sale. Dintre toți membrii echipei de îngrijire, asistenta este cea mai în măsură să evalueze reacția psiho-socială a pacientului față de suferința sa. Ea observă deseori la pacienți semne care o fac să-și dea seama că aceștia nu fac față schimbărilor din viața lor. Astfel, o asistentă cu abilitate intuitivă poate evalua starea psihică a pacientului după modul în care suspină, după felul cum privește în gol pe fereastră sau după felul relațiilor sale cu familia: tensionate, încordate etc. Acesta reprezintă un tip intuitiv de comunicare.

Pentru a promova adaptarea pacientului la schimbare, asistenta trebuie să caute modalități de intervenție pentru a-i diminua tristețea și pentru a preveni instalarea unei depresii.

Astfel, asistenta trebuie să încurajeze pacientul:

– să vorbească despre propria-i stomă, despre problemele sale, să-și elibereze tristețea vorbind

– să-l facă să vadă că-l înțelege, să-l facă să simtă că-i înțeles

– să-i creeze o atmosferă de: liniște, calm, relaxantă, ca în felul acesta să-i ofere pacientului posibilitatea de a pune întrebări, mai ales că o preocupare a pacientului este frica degajării unui miros neplăcut de la nivelul stomei.

Simplul fapt că poate să discute liber despre grijile sale, că se simte înțeles poate fi liniștitor și constituie o ușurare deosebită pentru pacient.

Asistenta trebuie să-i explice pacientului chiar din momentul primei manevre de îngrijire că, o dată ce se stabilizează funcția intestinală, mirosurile neplăcute nu vor mai fi o problemă. O dată ce i se va permite un regim alimentar normal, el își va da seama care alimente vor produce miros mai neplăcut și pe acestea le poate exclude din alimentație.

Se poate folosi deodorant local sau aparate cu filtre care rezolvă problema mirosurilor.

Pentru ca intervențiile asistentei să aibă rezultatul dorit, ea trebuie să știe să câștige încrederea pacientului, să știe ce să facă pentru a-i alunga tristețea, să știe cum să-i vorbească pacientului ca să-l convingă că o tristețe prelungită poate deprima sistemul imunologic al organismului.

Când pacientul este deprimat, asistenta poate interveni spunându-i „te(vă) înțeleg, sunt alături de tine(dumneavoastră)".

Asistentele care au un comportament rece, distant nu sunt capabile să acorde un sprijin moral de bună calitate. Asistenta trebuie să știe să-i asigure confort pacientului, permițându-i să-și descarce tensiunile știind că prin aceasta tristețea și deprimarea pacientului se vor diminua.

Ascultarea este o componentă majoră a comunicării. Actul ascultării este adesea mai de ajutor decât orice sfaturi.

Calea cea mai importantă de a-l ajuta pe pacient este ca prin comunicare non-verbală să arate că ea *nu este deranjată de faptul că o funcție normală a corpului are loc într-o altă zonă a acestuia.* Comunicarea non-verbală prin gestică se referă la modul în care asistenta se comportă atunci când efectuează îngrijirea stomei: privirea, expresia feței, modul în care se mișcă etc. toate sunt mesaje non-verbale pe care pacientul le recepționează cu implicații negative sau pozitive.

O altă problemă importantă a pacientului colostomizat este teama de reacția membrilor familiei și a prietenilor, teama de respingere. Pacientul își pune o serie de întrebări: „cum vor reacționa oamenii/soțul (soția) față de colostomia mea?" „Este cineva care mă poate ajuta?"

Când lipsește încrederea în alții, pacientul își pierde și încrederea în el însuși, ceea ce îl face să se izoleze social. De

	aceea, este esențial ca asistenta să-și rezerve timp în cadrul vizitei la domiciliu, pentru a discuta cu familia despre importanța sprijinului ce trebuie acordat pacientului, atât moral cât și fizic. Încrederea pacientului că membrii familiei și prietenii nu-l vor abandona, îl ajută pe acesta să nu se izoleze social de ceilalți, inclusiv de membrii familiei. Pentru a ajuta pacientul să se adapteze la noua situație, asistenta trebuie să-i pună la dispoziție literatură adecvată despre propriul tip de stomă. De asemenea, planificarea unei vizite din partea cuiva care a depășit cu succes confruntarea cu această situație de colostomizat, face ca pacientul să capete speranțe.
Regimul alimentar	O dată ce pacientul poate beneficia de un regim alimentar normal, eliminarea materiilor fecale se produce mai frecvent. Printr-un proces de observare pacientul trebuie încurajat să cunoască efectele pe care le au diferite alimente asupra eliminării fecalelor. Astfel, el va fi în stare să-și potrivească regimul de așa natură ca să se formeze un scaun mai solid. Acest proces poate dura mai multe săptămâni iar asistenta va continua să acorde ajutor și să dea sfaturi în legătură cu regimul potrivit. Regimul alimentar al purtătorului de stomă va fi bogat în proteine și hidrați de carbon, sărac în grăsimi. Se vor prefera alimente cu conținut redus în celuloză spre a evita reziduul important, fermentația intestinală și emisia abundentă de gaze. În prima perioadă se vor reduce fructele și salatale crude. **Se recomandă**: carne fiartă (rasol) de vită, vițel, pasăre, pește slab, orez, brânzeturi nefermentate, ceai, lapte, se evită băuturile reci. Este nevoie ca pacientul să-și stabilească un orar fix pentru mese.
Eliminarea	Prezența unei stome schimbă complet modul în care materiile fecale se elimină din corp și pacientul trebuie să fie ajutat să se adapteze cu noul mod de viață. În perioada imediat postoperatorie, spre deosebire de defecarea normală, pacientul nu are nici un control asupra materiilor fecale eliminate printr-o stomă. Aceasta este o altă problemă despre care pacientul trebuie să învețe. Inițial, materiile fecale au o consistență fluidă întrucât funcția de absorbție a apei poate fi derivată. După două sau trei săptămâni, când pacientul poate consuma un regim normal, se poate forma un scaun semi-solid, mai ales când stoma este o colostomie în colonul transvers sau descendent. În cele din urmă, se poate ajunge la un control asupra frecvenței funcției intestinale astfel încât punga de stomie să nu mai fie nevoie de a fi purtată continuu.

	În caz de ileostomie însă, conținutul evacuat este de consistență lichidă și bogat în enzime digestive care pot cauza excoriația și eroziunea pielii. Conținutul curge aproape continuu, necesitând purtarea constantă a unei aparaturi. Problemele pacientului, legate de mirosul neplăcut, teama de murdărie și complicații ale pielii sunt mai accentuate. În aceste situații cel mai potrivit aparat este o pungă cu capăt deschis, care poate fi golită regulat. Aparaturile trebuie golite sau schimbate de câte ori este necesar pentru a împiedica supraîncărcarea și pericolul scurgerii pe pielea înconjurătoare (de obicei, se schimbă când sunt la 1/3 sau 1/2 pline); altfel, devin grele și greu de mânuit. Orice înroșire, umflare sau anormalități ale stomei sau zonei de piele dimprejur trebuie raportată.
Curățenia personală și îmbrăcarea	Îngrijirea stomei trebuie coordonată cu dușul și baia de câte ori este posibil; aparatura poate fi golită și îndepărtată (schimbată), în zona pielii, poate fi spălată înainte de baie sau duș; aparatura nouă se potrivește după aceea. Majoritatea pungilor sunt rezistente și permit băile și dușul.
Activitatea	O dată ce pacientul s-a refăcut după operație și este în stare să facă față noului fel de viață, el se va întoarce la munca și stilul normal de viață. Până și înotul se poate include în activitățile de recreare, folosind o aparatură mică, temporară. Pentru persoanele a căror condiție o permite, recuperarea optimă este realizată în trei luni după care își pot relua activitățile normale, incluzând lucrul. Pentru călătorii, seturile de rezervă trebuie purtate asupra persoanei, mai degrabă decât să fie transportate în bagaje (se pot pierde sau întârzie sosirea). Sfaturi de ajutor se pot obține de la asistentă și de la grupul de susținere potrivit.
Exprimarea sexualității	Schimbarea care apare în cadrul relației intime este foarte complexă. Calitatea relației sexuale a unui cuplu poate fi afectată negativ. Rolul asistentei este să încurajeze pacientul printr-o discuție referitoare la revenirea lui la o activitate sexuală normală. Mai ales dacă stoma e permanentă, alterarea imaginii corporale este majoră, pacientul se consideră mutilat, poate crede că nu este atrăgător din punct de vedere sexual pentru partenerul său, simțindu-se respins, și există pericolul de retragere în sine și de depresie. Dacă soțul/soția își privește partenerul ca pe un invalid, aceasta va afecta readaptarea lui. Primul pas în a-i reda încrederea în sine trebuie să fie acceptarea lui de către personalul spitalului. El însuși trebuie să aleagă căruia dintre prieteni și rude le va vorbi despre stomă și acceptarea din partea acestora îl va ajuta să se reabiliteze. Sfaturile înainte de operație și susținerea constantă din partea tuturor îi vor ridica moralul și îl vor ajuta să scape de repulsia inițială aproape inevitabilă, mai ales că unii pacienți cu stomă pot avea probleme cu funcția

	sexuală prin inhibiţie psihică. Bărbaţii pot avea probleme de impotenţă, iar femeile pot avea dispareunie şi, inevitabil, prezenţa unei aparaturi de stomă abdominală necesită o gândire şi ingeniozitate în plus în timpul actului sexual. Sfaturile din partea asistentei, a medicului, a grupului potrivit de susţinere vor fi de ajutor în această situaţie, care poate fi doar temporară. Unde este posibil, partenerii sexuali trebuie incluşi în sfaturile dinainte şi de după operaţie.
Dormitul	Îngrijirea stomei trebuie să aibă loc înainte ca pacientul să se culce. Se speră că aceasta va împiedica necesitatea golirii sau schimbării unei aparaturi şi astfel nu va împiedica somnul. O dată ce pacientul mănâncă un regim normal şi s-a acomodat cu propriile-i cerinţe, este probabil ca stoma să nu mai necesite vreo atenţie peste noapte. Se poate folosi o pungă mai mare în timpul nopţii, dacă este cazul, – aceasta va fi de ajutor pacienţilor cu ileostomie.

Urmărirea bilanţului lichidian

Pentru a urmări bilanţul lichidian în organism, este necesar să se noteze atât intrările cât şi ieşirile (diureza măsurată cu exactitate şi alte pierderi). Intrările sunt constituite prin apa din alimente şi băuturi (apă, supe, ceai etc.), pe de o parte, şi prin apa provenită din metabolismul celular, pe de altă parte (vezi tabelele 1 şi 2). În unele cazuri sunt şi alte intrări: perfuzie, transfuzie etc. Ieşirile sunt constituite prin urină, scaun şi pierderi insensibile (cale pulmonară şi cutanată) sau pot fi pierderi anormale, patologice: pierderi în caz de febră, vărsături, diaree, aspiraţii, fistule, drenaje etc. care vor fi, de asemenea, măsurate, evaluate cât mai exact şi notate pentru bilanţul lichidian.

■ DE REŢINUT:
- Pentru fiecare grad peste 37 grade Celsius, se va calcula o pierdere suplimentară de 500 ml apă.
- Se va nota, de asemenea, de câte ori a fost schimbat un pansament şi gradul de îmbibare. Se estimează că, printr-un pansament abundent îmbibat, se pot pierde circa 500-700 ml apă.
- Un bilanţ echilibrat între intrări şi ieşiri menţine o hidratare constantă.

BILANŢ INTRĂRI-IEŞIRI

Tabelul 1

Intrări	Ieşiri
băuturi ≅ 1000 alimente ≅ 1000 metabolism ≅ 300	urina ≅ 1000-1500 scaun ≅ 100 pierderi insensibile ≅ 800
Perfuzii (vezi calculul ritmului de administrare a soluţiilor perfuzabile)	Pierderi anormale – febră – vomă – diaree – fistule

BILANŢ LICHIDIAN

Bilanţul vizează menţinerea unui echilibru între pierderile de apă şi cantităţile care vor trebui administrate.

Tabelul 2

Intrări	8 h-16 h	16 h-24 h	0 h-8h	TOTAL 24 h	Ieşiri	8h -16h	16h -24 h	0 h-8 h	TOTAL 24 h
digestiv (băuturi, alimente)	600	600	100	1300	urină	500	300	500	1300
metabolism celular	-	-	-	300	scaun	-	-	-	100
alte*	300	300	-	600	alte	-	-	-	-
*inclusiv soluţiile folosite pentru administrarea medicamentelor					aspiraţii=pierderi insensibile, vomă etc.				800
Total intrări				2200	Total ieşiri				2200

■ Notă: Modificările în limite fiziologice nu au semnificaţie. Paralel cu bilanţul lichidian, este necesar să se facă şi graficul evoluţiei greutăţii corporale.

CALCULUL RITMULUI (RATA DE FLUX)
DE ADMINISTRARE A SOLUȚIILOR PERFUZABILE

Fiind prescrisă o anumită cantitate de soluție de către medic și cunoscând timpul (număr de ore) în care aceasta trebuie perfuzată pacientului, asistenta medicală trebuie să poată calcula ritmul administrării soluției, astfel încât acest ritm să se păstreze constant pe toată durata indicată. Se vor folosi următoarele trei formule:

Formula 1: $\frac{\text{total soluție}}{\text{total ore}}$ = mililitri/oră

Formula 2: mililitri/oră x factor picurător = picături/oră

Formula 3: $\frac{\text{total soluție x factor picurător}}{\text{număr ore x 60 minute}}$ = picături/minut

unde factor picurător = picături/mililitru, după cum urmează:
– picurător copii = micro = 60 picături/mililitru
– picurător adult = macro = 15 picături/mililitru
– picurător sânge = 10 picături/mililitru

Iată un exemplu de utilizare a acestor formule
Un pacient adult are prescris 1000 mililitri soluție de administrat în șase ore. Asistenta își va calcula ritmul de picături pe minut astfel, conform formulei 3:

picături/minut = $\frac{1000 \times 15}{6 \times 60}$ = 41,67 (adică aproximativ 42)

Măsurarea greutății și înălțimii corporale

Scop	– aprecierea stării de nutriție a pacientului – stabilirea necesităților valorice – stabilirea dozei terapeutice de medicamente – urmărirea evoluției unor afecțiuni (edeme, ciroză hepatică, insuficiență cardiacă etc.)
Indicații	– toți pacienții internați în spital, exceptând cazurile unde mobilizarea activă este contraindicată
Contrain-dicații	– pacienți cu infarct miocardic, tromboflebite, hemoragii, stări de șoc, traumatisme
Pregătiri	• *materiale* – cântar antropometric; taliometru • *pacient* – se anunță să nu mănânce – își golește vezica urinară
Execuție	• *măsurarea greutății* – se verifică funcționalitatea balanței – se echilibrează la nevoie

	– se imobilizează acul indicator – se așază greutățile aproximativ la greutatea pacientului – se solicită pacientul să se așeze pe cântar – se deschide brațul balanței și se echilibrează greutățile – se citesc valorile obținute pe scara cursorului – se imobilizează brațul balanței, se coboară pacientul și se conduce la salon – se notează greutatea în foaia de observație • *măsurarea înălțimii* – se solicită pacientul să se descalțe – se așază sub cursorul taliometrului cât mai drept – se coboară cursorul până ajunge la vertex – se citește înălțimea pacientului pe tija gradată – se invită să coboare – se ajută să se încalțe – este condus la pat și așezat comod

■ **DE ȘTIUT:**
– cântărirea pacientului se face în aceleași condiții (același cântar, aceeași vestimentație cântărită anterior)
– pacientul adinamic va fi așezat pe scaunul cântarului și apoi cântărit
– pacienții imobilizați pot fi cântăriți cu pat balanță (se scade greutatea patului)
– cântărirea sugarului și a copilului mic dă indicii privind creșterea și starea de nutriție; se stabilește cantitatea de lapte supt (proba suptului) prin cântărire înainte și după alimentație
– măsurarea înălțimii corporale se poate face și cu banda metrică, măsurând distanța de la vertex până la sol.

4. NEVOIA DE A SE MIȘCA ȘI A AVEA O BUNĂ POSTURĂ

Definiție

A se mișca și a avea o bună postură sunt o necesitate a ființei vii de a fi în mișcare, de a-și mobiliza toate părțile corpului prin mișcări coordonate, de a păstra diferitele părți ale corpului într-o poziție care să permită eficacitatea funcțiilor organismului.

Circulația sângelui este favorizată de mișcările și activitățile fizice.

I. *Independența în satisfacerea nevoii*

Menținerea independenței mișcării corpului și a bunei posturi este determinată de integritatea aparatului locomotor (sistem osos și mușchiular), a sistemului nervos și a aparatului vestibular. Oasele acționează ca pârghii, având rol fundamental în

realizarea mişcărilor. Muşchii acţionează prin proprietăţilor lor: excitabilitate, contractibilitate, elasticitate. Aparatul vestibular menţine echilibrul static şi dinamic al corpului.

Sistemul nervos – cerebelul –, alături de aparatul vestibular, contribuie la reglarea echilibrului, dar reglează totodată şi tonusul muscular şi mişcările fine.

Factorii care influenţează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *Vârsta şi dezvoltarea:* • copilul mic are mişcările mai puţin coordonate, dobândindu-şi controlul pe măsură ce înaintează în vârstă; copilul este foarte activ, se mobilizează şi ia tot felul de poziţii; – adultul este activ, în deplinătatea puterii, dă supleţe mişcărilor, le coordonează; – vârstnicul are forţa fizică redusă, la fel agilitatea, rămâne totuşi activ în exerciţii moderate. – *Constituţia şi capacităţile fizice:* influenţează intensitatea efortului fizic pe care îl depune individul
Factori psihologici	– *Emoţiile:* pot fi exprimate prin mişcări ale corpului; pulsul şi tensiunea arterială se modifică în raport cu emoţiile, stresul, teama – *Personalitatea:* temperamentul determină ca individul să fie mai activ, înflăcărat, sau calm, grav
Factori sociologici	– *Cultura*: individul practică activităţi fizice, adoptă diferite posturi în viaţa cotidiană, în funcţie de societatea în care trăieşte – *Rolurile sociale*: în societate, individul poate îndeplini activităţi ce impun un efort fizic mai mare sau mai mic, pe care să-l compenseze prin rezistenţă fizică şi ore suficiente de repaus. – *Organizarea socială*: fiecare societate are legi şi regulamente pentru ca individul să-şi menţină sănătatea, chiar dacă depune un efort deosebit. Societatea organizează activităţi pentru petrecerea timpului liber, în mişcare şi agrement. – *Tradiţiile, religia*: individul poate lua posturi acceptate, legate de obiceiuri, tradiţii sau obiceiuri religioase.

Manifestări de independenţă

Postura adecvată (sau atitudinea)	– funcţia corpului omenesc, bazată pe acţiunea sinergică şi coordonată a elementelor aparatului locomotor şi a sistemului nervos, cu ajutorul cărora se menţine stabilitatea, echilibrul şi raporturi constante între corp şi mediu şi între diferite segmente ale corpului

	– *în picioare* (ortostatism) – capul drept înainte – spatele drept – braţele pe lângă corp – şoldurile, gambele drepte – piciorul în unghi de 90 de grade cu gamba – *şezând* – capul drept – spatele drept, rezemat – braţele sprijinite – coapsele orizontale – gambele verticale – piciorul în unghi de 90 de grade cu gamba, sprijinit pe podea – *culcat* (clinostatism) – decubit dorsal (pe spate) – decubit lateral, stâng sau drept (într-o parte) – decubit ventral (pe abdomen)
Mişcări adecvate	– *Tipuri de mişcări:* – *abducţie* – mişcări de îndepărtare faţă de axul median al corpului – *adducţie* – mişcări de apropiere faţă de axul median al corpului – *flexie/extensie* – mişcări de apropiere sau îndepărtare a două segmente apropiate (braţ, antebraţ, gambă-coapsă) – *rotaţie* – mişcare realizată în jurul axului care trece prin lungul segmentului care se deplasează – *pronaţie/supinaţie* – pronaţia este mişcarea de rotaţie a mâinii, prin care palma priveşte în jos, iar supinaţia este mişcarea inversă; la picior, palma priveşte lateral, cu marginea externă ridicată – pronaţie, invers fiind supinaţia – *circumducţie* – mişcare complexă, care totalizează flexia, extensia, abducţia şi le asociază cu rotaţia – *Exerciţii fizice:* – sunt activităţi fizice efectuate cu scopul de a îmbunătăţi randamentul muşchiular şi circulaţia – *active* – executate de către individ – *pasive* – mişcări ale articulaţiilor, executate de către altă persoană – *izomerice* – contracţii musculare în care lungimea muşchiului rămâne neschimbată, crescând numai tensiunea sa (exemplu: contracţia muşchilor pentru menţinerea poziţiei corpului) – *de rezistenţă*: exerciţii fizice în care creşte tonusul muscular A. *caracteristicile exerciţiilor: coordonate, armonioase, complete* B. *execuţie:* – a se scula, a merge, a alerga, a se apleca, a se aşeza pe vine, a îngenunchea, a ridica greutăţi, a apuca obiecte

Tensiune arterială	– se modifică în raport cu intensitatea efortului depus
Puls	– crește frecvența și amplitudinea lui, în funcție de intensitatea efortului

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței mișcării

– stabilește împreună cu pacientul nevoile de exercițiu fizic
– planifică un program de exerciții moderate, adaptat capacității fizice ale pacientului
– învață pacientul să folosească tehnici de destindere și relaxare
– educă pacientul să evite tabagismul, mesele copioase, surplusul de greutate

II. *Dependența în satisfacerea nevoii*

Probleme de dependență:

1. **Imobilitate**
2. **Hiperactivitate**
3. **Necoordonarea mișcărilor**
4. **Postură inadecvată**
5. **Circulație inadecvată**
6. **Refuzul de a face activități** } **anexele 2 și 3**
7. **Edeme ale membrelor** }

1. Imobilitatea

Aceasta reprezintă o diminuare sau o restricție a mișcării, fiind recomandată, adesea, ca metodă terapeutică sau poate fi cauzată de traumatisme și boli organice sau funcționale.

Surse de dificultate care determină imobilizarea

Surse de ordin fizic	– alterarea centrilor nervoși (accident vascular cerebral) – alterarea integrității aparatului locomotor (fracturi, entorse, luxații) – piedici ale mișcării (pansamente, aparat gipsat, extensie continuă) – dezechilibre – durerea
Surse de ordin psihologic	– tulburările de gândire, anxietate, stres, pierderea, separarea
ordin sociologic	– izolarea
Lipsa cunoașterii	– cunoașterea de sine, despre alții și despre mediul înconjurător

Manifestări de dependență

Dificultate de deplasare	– a se ridica – a se așeza – a merge
Diminuarea sau absența mișcării	– prezența parezelor; (mono, para, tetra pareze sau paralizii) – prezența paraliziilor
Atonie musculară	– scăderea tonusului muscular
Atrofie musculară	– diminuarea volumului mușchiului, a contractibilității sale
Hipertrofie musculară	– mărirea volumului unui mușchi
Contractura musculară	– contracție involuntară și permanentă a unuia sau mai multor mușchi care determină o poziție inadecvată
Râs sardonic (tetanos)	contracția mușchilor masticatori determină trismus și „râsul sardonic"
Anchiloză	– diminuarea sau imposibilitatea mișcării unei articulații
Crampă	– contracție spasmodică involuntară și dureroasă a unuia sau a mai multor mușchi (molet, picior) cauzată de o poziție incomodă, de compresiunea unui nerv sau de deficitul de calciu
Escară de decubit	– ulcerații ale pielii (vezi nevoia de a păstra tegumentele curate și integre)
Diminuarea interesului	– tulburările psihice pot determina lipsa interesului pentru mișcare, menținerea timp îndelungat a unei stări de imobilitate

2. Hiperactivitatea

Această problemă de dependență constă în creșterea ritmului mișcărilor și a activităților individului, determinată de instabilitatea emoțională și de pierderea ideilor.

Sursele de dificultate

Surse de ordin fizic	– dezechilibre endocrine – reacții medicamentoase, alcoolism
Surse de ordin psihologic	– senilitate, tulburări de gândire – separație, criză, pierdere
Lipsa cunoașterii	– lipsa cunoașterii de sine

Manifestări de dependență

Vorbire caracteristică	– vorbește mult, precipitat
Pacientul reacționează la toți stimulii	– stimuli luminoși, auditivi, din mediul extern, cât și stimuli interni; ei determină reacții din partea bolnavului
Mișcări caracteristice	– mișcări rapide, frecvente
Spasme	– contracție involuntară a unuia sau mai multor mușchi
Ticuri	– mișcări convulsive, involuntare ale ochilor, ale gurii, ale unui braț sau ale unui picior
Manie	– psihoză caracterizată printr-o stare de excitație, în special, în sfera afectivității cunoașterii și activității; bolnavul este neliniștit, tulburent; datorită ritmului rapid de desfășurare a activității sale, nu duce nimic la îndeplinire din ceea ce plănuiește
Euforie	– bună dispoziție, de obicei, nemotivată

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu imobilitate

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să aibă tonusul muscular și forța musculară păstrată	– planifică un program de exerciții, în funcție de cauza imobilizării și de capacitatea pacientului
Pacientul să-și mențină integritatea tegumentelor și a activității articulare	– schimbă poziția pacientului la fiecare 2 ore* – masează regiunile predispuse la escare, pudrează cu talc – efectuează exerciții pasive, la fiecare 2 ore – învață pacientul care este postura adecvată și cum să efectueze exerciții musculare active
Pacientul să-și mențină funcția respiratorie	– învață pacientul: – să facă exerciții de respirație profunde – să tușească și să îndepărteze secrețiile – administrează medicația prescrisă de medic
Pacientul să fie echilibrat psihic	– pregătește psihic pacientul, în vederea oricărei tehnici de îngrijire – redă încrederea pacientului că imobilitatea sa este o stare trecătoare și că își va putea relua mersul
Pacientul să-și mențină satisfăcute celelalte nevoi fundamentale	– suplinește pacientul în satisfacerea nevoilor sale, îl servește la pat cu cele necesare

* Notă: Se va demonstra tehnica schimbării poziției în pat

Pacient cu hiperactivitate

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să prezinte mobilitate normală	– înlătură stimuli din mediul înconjurător (asigură semiobscuritatea încăperii, izolarea fonică, reducerea numărului de vizitatori) – asigură condiţii ca bolnavul să facă băi călduţe, să consume lichide la temperatură moderată
Pacientul să-şi menţină integritatea fizică	– supraveghează permanent pacientul, pentru a nu se răni – înlătură obiectele contondente – aplică constrângeri fizice, dacă este cazul (chingi, cămaşă de protecţie) – administrează tratamentul tranchilizant prescris de medic

3. Necoordonarea mişcărilor

Această problemă de dependenţă reprezintă dificultatea sau incapacitatea individului de a-şi coordona mişcările diferitelor grupe musculare.

Sursele de dificultate

Surse de ordin fizic	– deficit senzorial, leziuni ale sistemului nervos central, boala Parkinson – dezechilibru hidroelectrolitic – efect secundar al unor medicamente, droguri
Surse de ordin psihologic	– tulburările de gândire – anxietate, stres
Surse de ordin sociologic	– mediu necunoscut
Lipsa cunoaşterii	– insuficienţa cunoaşterii de sine şi a mediului înconjurător

Manifestări de dependenţă

Akinezie	– lipsa sau diminuarea mişcărilor normale
Ataxie	– tulburări de coordonare a mişcărilor active voluntare

Convulsii	– contracţii repetate, involuntare, ale unui muşchi sau grupe de muşchi, urmate de relaxare; contracţia este instantanee
Tremurături	– secuse repetate, involuntare, ale unei părţi a corpului (mâini, cap sau ale întregului corp)
Tulburări ale mersului	– mers târşit, propulsiv
Dificultatea de a trece din ortostatism în poziţie şezând	
Expresie facială caracteristică	– faţă rigidă

– Intervenţiile asistentei –

Pacient cu necoordonarea mişcărilor

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să fie echilibrat psihic	– pregăteşte psihic pacientul, în vederea oricărei tehnici de îngrijire (Exemplul: E.E.G.)
Pacientul să aibă tonusul muscular adecvat activităţii depuse	– planifică un program de exerciţii şi de mers, în funcţie de capacitatea pacientului – învaţă pacientul să utilizeze diferite aparate de susţinere pentru activităţile cotidiene – ajută pacientul să facă băi calde, exerciţii fizice, îi face masaje la nivelul extremităţilor – administrează medicaţie antiparkinsoniană
Pacientul să-şi satisfacă toate nevoile organismului	– pacientul va fi ajutat să-şi satisfacă nevoile organismului

4. Postura inadecvată

Este o problemă de dependenţă, reprezentată de orice poziţie care nu respectă principiile poziţiei anatomice a corpului şi care predispune individul la diferite deformări.

Poziţiile inadecvate se pot întâlni ca urmare a:

– oboselii, slăbiciunii musculare, anxietăţii, stresului sau durerii în cursul unor boli; pacientul imobilizat la pat nu-şi poate schimba poziţia şi este predispus la alterări ale integrităţii pielii, la nivelul punctelor de presiune, la deformări, la complicaţii pulmonare;

– modificărilor produse de boală în organism, cum ar fi contractura musculară (tetanos);

– reacţiei, conştiente sau inconştiente, a individului (de exemplu, poziţia cocoş de puşcă, în meningită);

– măsurilor profilactice în prevenirea unor complicaţii (de exemplu, cu membrul inferior, ridicat pe o pernă în tromboflebită);

– terapiei necesare vindecării (de exemplu, în cursul tratamentului fracturilor prin extensie continuă);

– măsurilor de prim ajutor (de exemplu, în anemiile acute posthemoragice);

– examinării endoscopice sau clinice a unor organe.

Surse de dificultate

Surse de ordin fizic	– lezări ale oaselor şi muşchilor – defecte de structură osoasă – durere, dispnee – orice împiedică mobilizarea (aparate, atele...)
Surse de ordin psihologic	– anxietate, stres – situaţie de criză, tulburări de gândire
Surse de ordin sociologic	– condiţii de muncă inadecvate
Lipsa de cunoaştere	– insuficienta cunoaştere de sine şi a celorlalţi

Manifestări de dependenţă

oboseală musculară	– reducerea temporară a capacităţii funcţionale a muşchiului, consecinţă a activităţii excesive, prelungite
deformări ale coloanei vertebrale	– cifoză (deviaţia coloanei vertebrale, cu o convexitate posterioară) – lordoză (accentuarea curburii lombare a coloanei vertebrale) – scolioză (deviaţia laterală a coloanei vertebrale)

deformări ale membrelor inferioare	– genu valgum – deformări în care genunchii sunt apropiaţi, iar picioarele depărtate – genu varum – deformări în care genunchii sunt depărtaţi, în schimb picioarele apropiate – picior strâmb: – sprijinit pe antepicior (ecvin) – sprijinit pe călcâi (talus) – sprijinit pe partea externă (varus) – sprijinit pe partea internă (valgus) – picior plat – bolta plantară prăbuşită
deformări ale şoldurilor	– luxaţie – ieşirea capului femural din articulaţia coxofemurală
poziţii inadecvate	– pentru examinare: – ginecologică – pacienta stă pe spate, cu genunchii flectaţi, depărtaţi, iar coapsele flectate pe abdomen; – genu-pectorală – pieptul pe plan orizontal, pacientul sprijinindu-se pe genunchi, poziţie utilizată pentru examenul rectoscopic; – Trendelenburg – trunchiul, membrele inferioare mai sus decât capul (poziţia asigură circulaţia sângelui la creier)
poziţii patognomonice	– sunt specifice unei boli; de exemplu, în tetanos – opistotonus – pleurostotonus – în meningită poziţia „cocoş de puşcă" (capul în hiperextensie, iar membrele inferioare flectate atât din articulaţia coxofemurală, cât şi din aceea a genunchiului)
dificultate de schimbare a poziţiei	– semişezând în pat (pacienţii cu dispnee) – decubit ventral (poziţie inadecvată, când pacientul nu-şi poate schimba singur poziţia)
torticolis	– înclinarea capului într-o parte, datorită contracturii musculaturii gâtului
bătătură (clavus)	– hiperkeratoză uşor reliefată, netedă

- Intervențiile asistentei -

Pacient cu postură inadecvată

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să aibă postura adecvată	– Instalează pacientul în pat, respectând pozițiile anatomice ale diferitelor segmente ale corpului – folosește utilajele auxiliare și de confort, pentru menținerea poziției anatomice
Pacientul să aibă o poziție care să favorizeze respirația, circulația sângelui, drenajul secrețiilor bronșice	– instalează, de urgență, pacientul cu tulburări respiratorii (dispnee) în poziție semișezând – instalează, de urgență, pacientul cu anemie acută posthemoragică în poziție Trendelenburg – instalează pacientul cu secreție bronșică în poziție de drenaj postural – folosește utilaje pentru confortul pacientului, în aceste poziții
Pacientul să nu prezinte complicații ca: escare de decubit, anchiloze, contracturi	– schimbă poziția pacientului la interval de 2 ore – verifică pielea în regiunile cu proeminențe osoase, o dată cu schimbarea poziției – masează punctele de presiune la fiecare schimbare a poziției – asigură igiena tegumentelor și a lenjeriei de pat și de corp – efectuează exerciții pasive și active (după caz) – învață pacientul care este poziția adecvată

5. Circulația inadecvată

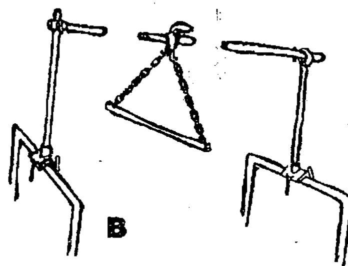
Circulația inadecvată a fost tratată în cadrul problemelor de dependență ale nevoii de a respira și de a avea o bună respirație.

Tehnici de evaluare și îngrijiri asociate nevoii de a se mișca și a avea o bună postură

Patul pacientului

Satisfacerea acestei nevoi a pacientului fie în spital, fie la domiciliu impune crearea unor condiții de confort. Din cauză că pacientul își petrece majoritatea timpului de boală și de convalescență în pat, acesta trebuie să aibă anumite calități.

Calitățile patului	– să fie comod – să prezinte dimensiuni potrivite care să satisfacă atât cerințele de confort ale pacientului, cât și ale personalului de îngrijire: – lungime 2 m, lățime 80-90 cm, înălțimea, de la dușumea până la saltea, 60 cm – să-i permită pacientului să se poată mișca în voie, să nu-i limiteze mișcările, să poată la nevoie să coboare din pat, să poată sta în poziție șezând, sprijinindu-și picioarele comod pe podea – asistenta (sau alt personal) să poată efectua tehnicile de îngrijire, investigație și tratament cât mai comod – ușor de manipulat și de curățat – confecționat din tuburi ușoare din metal (vopsite în alb) – așezat pe rotițe prevăzute cu cauciucuri, sau pe dispozitiv de ridicat prevăzut cu rotițe – calitățile somierei (partea principală a patului): – să fie confecționată din sârmă inoxidabilă, să fie puternică, elastică, bine întinsă, pentru a nu ceda sub greutatea pacientului; somierele slabe oferă pacientului o suprafață concavă care-i imprimă o poziție obositoare
Tipuri de paturi	– pat simplu, cu somieră dintr-o singură bucată – pat simplu cu rezemător mobil, la care treimea cefalică a somierei poate fi ridicată în poziție oblică până la 45° – pat cu somieră mobilă – pat ortopedic – are cadranul somierei confecționat din mai multe bucăți, 3,3 sau 4 articulate între ele; astfel, pacientul poate fi așezat și menținut în diferite poziții: semișezând cu picioarele flectate, Trendelenburg etc. – pat universal – utilizabil pentru majoritatea categoriilor de bolnavi (Fig. 29) – pat universal pentru tratament ortopedic cu somieră mobilă – pat pentru secțiile de traumatologie – cu utilaje speciale de extensie – diferite tipuri de paturi folosite în secția de terapie intensivă (Fig. 30 A, B), cu apărătoare demontabilă – pat închis cu plasă – pat pentru sugari și copii – cu gratii mobile prevăzute cu dispozitive de siguranță *Fig. 29* – Pat universal A B *Fig. 30* – Pat cu apărătoare

Accesoriile patului	• *salteaua:* – saltele – confecționate dintr-o singură, din două sau trei bucăți din burete, material plastic – care se curăță și se dezinfectează mai ușor – saltele de cauciuc sau din material plastic, umplute cu apă sau aer (saltele pneumatice compartimentate); au avantajul că permit umflarea succesivă a compartimentelor după necesitate (pentru prevenirea escarelor) • *pernele* trebuie să fie în număr de două: – una umplută cu păr de cal, iarbă de mare – una din burete, material plastic sau puf   Fig. 31 – Agățătoare pentru ușurarea mobilizării active Dimensiunea lor: 55 cm lățime și 75 cm lungime • *pătura,* confecționată din lână moale, trebuie să se poată spăla ușor • *lenjeria* este bine să aibă cât mai puține cusături – lenjeria – necesară: două cearșafuri (sau un cearșaf și un plic) două fețe de pernă, o aleză sau traversă, mușama – cearșaful – dintr-o singură bucată – dimensiunile 2,60 m x 1,50 m ca să se poată fixa bine sub saltea – mușamaua – confecționată din cauciuc sau material plastic, cu rol de a proteja salteaua de diferite dejecții; se folosește numai la anumiți bolnavi; dimensiunea 1,50 m x 1,10 m – aleza – acoperă mușamaua – este confecționată din pânză; va fi de aceeași lungime, însă cu 15-20 cm mai lată decât mușamaua pentru a o acoperi perfect • *fața de pernă* – confecționată din același material ca și restul lenjeriei; se va încheia cu șnur în partea laterală sau fără șnur, cu deschizătura suprapusă (nasturii ar incomoda pacientul) • *utilaj auxiliar:* sprijinitor de perne, rezemător de picioare, apărătoare laterale, coviltir sau susținătorul de învelitoare; mese adaptate la pat, agățătoarele pentru ușurarea mobilizării active (Fig. 31 A, B)

Pregătirea și schimbarea patului

Pregătirea patului fără pacient	• *materiale necesare:* cearșaf simplu, cearșaf plic, două fețe de pernă, una-două pături, două perne • *efectuarea:* – se îndepărtează noptiera de lângă pat – se așază un scaun cu spătar la capătul patului – pe scaun se așază, în ordinea întrebuințării, lenjeria curată, pernele, pătura, împăturite corect – cearșaful se așază la mijlocul saltelei; se desface și se întinde o parte a cearșafului spre căpătâiul patului, cealaltă spre capătul opus – se introduce cearșaful adânc sub saltea la ambele capete • *se execută colțul* – persoana așezată cu fața spre capătul patului; cu mâna de lângă pat, prinde partea laterală a cearșafului la o distanță egală de la colț, cu lungimea părții atârnate și o ridică în sus pe lângă saltea (deasupra acesteia); partea de cearșaf de sub marginea inferioară a saltelei se introduce sub saltea – se lasă apoi în jos partea de cearșaf ridicată; se introduce sub saltea partea de cearșaf care atârnă sub marginea inferioară a saltelei (Fig. 32); celelalte trei colțuri se fac după aceeași procedură – se introduce apoi sub saltea toată partea laterală a cearșafului – începând de la colțurile saltelei; se întinde bine cearșaful – să nu prezinte cute. Dacă este nevoie, se așază mușamaua (transversal, la mijlocul patului) și se acoperă cu aleză. *Apoi:* – se așază cel de-al doilea cearșaf peste care se întinde pătura; marginea cearșafului dinspre cap se răsfrânge peste pătură.  Fig. 32 – Executarea colțului Pentru ca pătura să nu constituie o greutate asupra degetelor picioarelor pacientului, se va face o cută atât din cearșaf cât și din pătură, astfel: – se așază palma mâinii dinspre picioare pe pătură, iar cealaltă mână se introduce sub cearșaf, ridicând cearșaful și pătura peste palma opusă – formând astfel o cută

– se introduce apoi sub capătul de la picioare al saltelei, atât cearşaful, cât şi pătura, apoi se aranjează colţurile folosind procedura descrisă mai sus.

Dacă se foloseşte plicul în loc de cearşaf, atunci pătura se introduce în plic, după ce se îndoaie în lungime.
– se aşază pernele introduse în feţele de pernă curate

Schimbarea lenjeriei cu pacientul în pat

Schimbarea lenjeriei cu pacientul în pat are loc în cazurile în care starea generală a pacientului nu permite ridicarea din pat.

Obiectivele pentru pacient şi asistentă:

- *pacientul să prezinte:*
  – o stare de bine
  – confort fizic şi psihic
  – stare de igienă permanentă
- *pentru asistentă este o ocazie de:*
  – a comunica cu pacientul (verbal, nonverbal)
  – de a-i da posibilitatea pacientului să-şi exprime sentimentele, să-şi uşureze starea sufletească
  – de a-l observa
  – de a-l mobiliza, pentru a se preveni complicaţiile
  – de a-i asigura condiţii corespunzătoare de igienă, de relaxare şi odihnă

Observaţii: Schimbarea lenjeriei cu bolnavul în pat se execută de obicei dimineaţa, înainte de curăţenie, după măsurarea temperaturii, luarea pulsului şi toaleta pacientului, dar la nevoie, se efectuează de mai multe ori pe zi.

Procedeul de schimbare a lenjeriei îl vom descrie prin două metode, ţinând seama de starea generală a pacientului şi de posibilităţile de a-l mişca. Astfel:
– când pacientul se poate întoarce în decubit lateral, schimbarea lenjeriei se face în lungimea patului
– când pacientul poate fi sprijinit, în poziţie şezând, schimbarea se face în lăţime

- *materialul necesar*
  – acelaşi ca şi pentru pregătirea patului fără pacient, în plus:
  – paravan
  – sac de rufe
  – eventual, lenjerie de corp curată şi material pentru a spăla pacientul dacă s-a murdărit

Lenjeria de pat se aşază pe un scaun în ordinea priorităţii, împăturită în felul următor:
– pătura şi cearşaful de sub pătură se împăturesc fiecare în trei, sub formă de armonică
– aleza se rulează împreună cu muşamaua fie în lăţime (dacă schimbarea patului se face în lungime) fie în lungime (dacă schimbarea se face în lăţimea patului)
– cearşaful se rulează în lungime (când schimbarea lenjeriei patului se execută în lungime) şi în lăţime (când schimbarea lenjeriei se execută în lăţime)

- *mediul înconjurător*
  – evitarea curenţilor de aer
  – asigurarea intimităţii, protejându-l de priviri indiscrete
  – asigurarea măsurilor privind asepsia (inclusiv spălarea pe mâini)
- *pacientul*
  – se informează asupra procedeului; se linişteşte şi se asigură că manopera va fi făcută cu blândeţe, că nu va fi mişcat inutil, că manevrele nu-i vor cauza dureri; i se solicită cooperarea

Procedura (execuţia)

- *Pacientul poate fi întors în decubit lateral:*

În acest caz, schimbarea lenjeriei se face în lungimea patului şi necesită totdeauna două asistente:
– cele două asistente se aşază de o parte şi de alta a patului
– pacientul rămâne acoperit până la schimbarea cearşafului de sub pătură
– marginile cearşafului murdar se desfac de sub saltea de jur împrejur

- *aşezarea pacientului în decubit lateral spre marginea patului:*
  – asistenta din partea dreaptă prinde pacientul cu mâna dreaptă în axila dreaptă, îl ridică uşor, iar mâna stângă o introduce sub umerii lui, sprijinindu-i capul pe antebraţ (Fig. 33 A)
  – apoi, cu mâna dreaptă (retrasă de sub axilă) trage uşor perna spre marginea patului; pacientul fiind de asemenea deplasat uşor în aceeaşi direcţie (Fig. 33 B)
  – se aşază apoi în dreptul genunchilor pacientului, introduce mâna stângă sub genunchii acestuia flectându-i puţin, iar cu mâna dreaptă îi flectează uşor gambele pe coapse
  – din această poziţie, se întoarce pacientul în decubit lateral drept, sprijinindu-l în regiunea omoplaţilor şi a genunchilor
  – pacientul se menţine acoperit
  – asistenta din partea stângă rulează cearşaful împreună cu muşamaua şi aleza murdară până la spatele pacientului; sulul de lenjerie murdară se află în acel moment alături de sulul lenjeriei curate

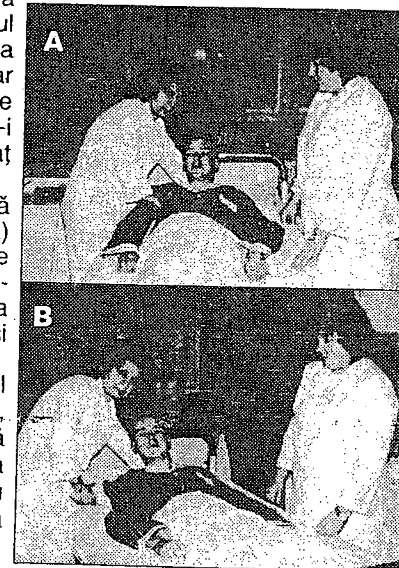


Fig. 33 A şi B. Aducerea pacientului la marginea patului pentru schimbarea lenjeriei

– pe jumătatea liberă a patului, se derulează cearşaful curat, muşamaua şi aleza pregătite mai înainte
– se întinde bine cearşaful curat pe jumătatea liberă a patului şi se aşază o pernă îmbrăcată în faţă de pernă curată, apoi se aduce pacientul în decubit dorsal cu multă blândeţe, sprijinindu-l în regiunea omoplaţilor şi sub genunchi

• *pentru a aduce pacientul în decubit lateral stâng, asistenta din partea stângă procedează la fel ca şi în cazul întoarcerii în decubit lateral drept:*
– prinde pacientul de axila stângă, îl ridică uşor, introduce mâna dreaptă sub umerii lui, sprijină capul pe antebraţ şi, după aceeaşi procedură, întoarce pacientul în decubit lateral stâng aducându-l dincolo de cele două suluri de lenjerie
– asistenta rulează mai departe, din partea dreaptă, lenjeria murdară, o îndepărtează, introducând-o în sacul de rufe murdare, apoi:
  – derulează lenjeria curată şi o întinde bine, iar pacientul este readus în decubit dorsal, sprijinit de cele două asistente
  – apoi, se efectuează colţurile după tehnica cunoscută

• *schimbarea cearşafului de sub pătură:*
– pătura de deasupra pacientului se împătureşte în trei şi se aşază pe un scaun; pacientul rămâne acoperit cu cearşaful folosit până atunci
– peste acesta, asistenta aşază cearşaful curat împăturit anterior în trei, în formă de armonică, astfel ca una din marginile libere să ajungă sub bărbia pacientului
– colţurile de sus ale cearşafului curat se ţin cu mâna fie de către pacient, fie de o altă persoană
– cele două asistente, care sunt de o parte şi de alta a patului, prind cu o mână colţurile inferioare ale cearşafului curat, iar cu cealaltă mână colţurile superioare ale cearşafului murdar şi, printr-o mişcare în direcţia picioarelor pacientului, îndepărtează cearşaful murdar şi acoperă, în acelaşi timp, pacientul cu cearşaful curat
– se aşază pătura peste cearşaf, răsfrângând marginea dinspre cap peste pătură
– se continuă aranjarea patului; se pliază pătura cu cearşaful deasupra degetelor de la picioarele pacientului

Altă metodă de schimbare a lenjeriei cu bolnav în pat, se foloseşte atunci când:

• *pacientul poate fi aşezat în poziţie şezând*

În acest caz, schimbarea lenjeriei se face în lăţimea patului; pregătirea (rularea, împăturirea) lenjeriei de pat a fost descrisă mai sus.

Procedura se efectuează, de asemenea, de către două persoane: una sprijină pacientul, cealaltă rulează lenjeria murdară, aşază şi derulează cearşaful curat (pregătit în prelabil).

■ ATENŢIE:
– după efectuarea fiecărei proceduri, asistenta trebuie să se asigure că pacientul este aşezat cât mai confortabil.

■ OBSERVAŢIE:
– În unele cazuri, aleza trebuie schimbată de mai multe ori pe zi, fără să fie nevoie de schimbarea cearşafului.

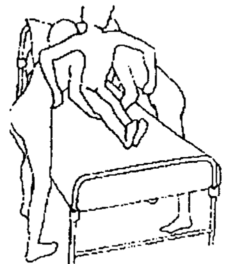
SCHIMBAREA ALEZEI:
– Se poate executa după aceeaşi procedură de mişcare a pacientului, descrisă mai înainte, sau folosind una din următoarele două metode:

Ridicarea pacientului cu ajutorul umărului

• *Metoda ridicării pacientului cu ajutorul umărului*

Este o metodă recomandată – când este posibil de efectuat, deoarece produce o presiune intraabdominală nesemnificativă faţă de oricare altă metodă.

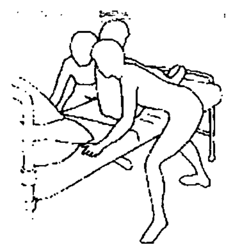
Metoda se efectuează cu ajutorul a două asistente:
– asistentele se aşază de o parte şi de alta a patului, în dreptul bazinului pacientului
– aşază pacientul în poziţie şezând, după metodele cunoscute
– cele două asistente îşi apleacă coloana spre pacient (fără gârbovire), încearcă să-şi lărgească baza de susţinere prin depărtarea picioarelor, îşi flectează uşor genunchii
– asistenta din partea dreaptă îşi fixează umărul drept în axila dreaptă a pacientului
– asistenta din partea stângă fixează umărul ei stâng în axila stângă a pacientului, astfel încât braţele pacientului să se odihnească pe spatele asistentelor
– apoi, asistentele încearcă să-şi introducă antebraţul (de la membrul superior, care are umărul fixat sub axilă), cât mai mult sub coapsa pacientului.


Fig. 34 A

Mâna liberă a asistentelor se sprijină pe suprafaţa patului, mai sus de pacient, asigurând un suport (punct de sprijin) în plus în momentul ridicării (Fig. 34 A)

La comanda uneia dintre asistente, se începe ridicarea pacientului, ridicând treptat coloana vertebrală şi transferând greutatea pe piciorul aflat în partea cefalică a patului.

În momentul aşezării pacientului, asistentele îşi flectează din nou genunchii, astfel coloana vertebrală coboară şi aşază pacientul confortabil (Fig. 34 B)


Fig. 34 B
Ridicarea pacientului cu ajutorul umărului

• *O altă metodă de ridicare, folosită când pacientul nu poate să coopereze*

Asistentele, așezate de o parte și de alta a patului, se apleacă spre pacient, menținând coloana dreaptă, își lărgesc

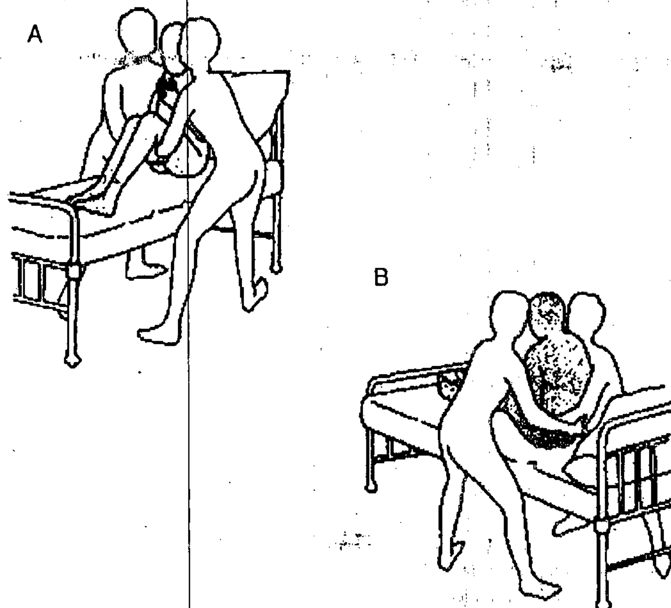


Fig. 35 – Metodă de ridicare când pacientul nu poate să coopereze

baza de susținere prin depărtarea picioarelor. Brațele din partea cefalică a patului se așază în jurul spatelui pacientului, cât mai aproape de linia bazinului. Brațele dinspre picioare se introduc sub șezutul pacientului, mâinile asistentelor se unesc.

Pacientul este rugat să-și încrucișeze brațele pe piept. La comanda uneia din asistente, se efectuează ridicarea pacientului, ridicând treptat coloana vertebrală și transferând greutatea spre piciorul situat spre partea cefalică (Fig. 35 A, B).

■ NOTĂ:

– subliniem importanța flectării genunchilor cu coborârea coloanei, menținând spatele drept (fără gârbovire), deoarece numai astfel ne putem proteja atât coloana vertebrală, cât și musculatura abdominală.

Pozițiile pacientului în pat

În funcție de starea generală a pacientului și de afecțiunea sa, poziția poate fi: activă, pasivă sau forțată.

Poziția activă	– pacientul se mișcă singur, nu are nevoie de ajutor (vezi manifestări de independență)
Poziția pasivă	– pacientul nu poate să-și schimbe singur poziția, și-a pierdut forța fizică, are nevoie de ajutorul altei persoane; bolnavi grav, adinamici (vezi manifestări de dependență)
Poziția forțată	– pacientul are o postură neobișnuită (inadecvată), poziția poate fi: – determinată de afecțiunea de bază (de ex.: în tetanos, în meningită) – ca o reacție de apărare a organismului (în crizele dureroase de ulcer sau în colica biliară) – ca o măsură profilactică în prevenirea unor complicații (prevenirea emboliei în cazul tromboflebitei) – ca măsură terapeutică (folosirea aparatelor de extensie = condiție esențială a tratamentului) – alte poziții forțate (vezi postura inadecvată)

■ DE REȚINUT:

• imobilizarea poate produce complicații din cauza presiunii exercitate asupra țesuturilor cuprinse între planurile osoase și suprafața dură a patului; poate provoca tulburări locale de circulație prin ischemie (roșeață, edem, escare, necroze)

• încetinirea circulației în clinostatism (culcat) favorizează formarea trombozelor, producerea pneumoniilor hipostatice etc.

Se impun măsuri de prevenire (vezi *„Breviar de explorări funcționale și de îngrijiri speciale"*, de Lucreția Titircă)

Asistentele trebuie să cunoască pozițiile pe care le iau pacienții în pat, poziția în care aceștia trebuie aduși cu ocazia unor îngrijiri și examinări speciale și manoperele prin care se asigură schimbările de poziție.

POZIȚIILE PACIENTULUI ÎN PAT

Tipul de poziție	Caracteristici și manopere prin care se realizează	Afecțiunile/situațiile care o impun	Zonele ce pot fi explorate	Observații
1	2	3	4	5
Decubit dorsal Decubit dorsal Poziția Fowler	• *culcat pe spate cu fața în sus:* – fără pernă – cu o pernă subțire – cu două perne (poziție obișnuită și comodă)	– după puncție lombară – unele afecțiuni ale coloanei vertebrale (suprafață tare) – anemii post-hemoragice – unele afecțiuni cerebrale – pacienți slăbiți – adinamici – operați	– capul – gâtul – toracele anterior – plămânii – sânii – inima – abdomenul – extremitățile – zonele de palpare a pulsului	Este poziția cea mai relaxată în mod normal, previne contractarea mușchilor abdominali. Este mai confortabilă cu genunchii îndoiți – poziție Fowler. Această poziție menținută timp îndelungat poate cauza dureri lombare (se poate introduce un sul subțire la nivelul coloanei lombare)
Poziție semișezând	– culcat pe spate – toracele formează cu linia orizontală un unghi de 30-45% Se realizează: – cu un număr mai mare de perne – cu rezemător mobil – cu somieră articulată Ca pacientul să nu alunece, se așază sub regiunea poplitee o pernă îndoită sau un sul din pătură învelit într-un	– afecțiuni cardiace și pulmonare – perioada de convalescență – unele categorii de operații – pacienților vârstnici – în primul ajutor dat pacienților cu tulburări respiratorii		Menținerea îndelungată a poziției necesită măsuri de prevenire a escarelor (colaci de cauciuc sub regiunea fesieră) și altor complicații. Poziția este interzisă pacienților cu tulburări de deglutiție, comatoșilor.

206

1	2	3	4	5
	cearșaf răsucit la extremități și introdus sub saltea. Sub tălpi se așază un sprijinitor	Poziție semișezând		
Poziție șezând	• *În pat:* – trunchiul formează cu membrele inferioare un unghi drept – pacientul are coapsele flectate pe bazin și gambele sunt în semiflexie pe coapse – genunchii sunt astfel ridicați • *Poziția se realizează:* – prin ridicarea părții cefalice a somierei articulate (cu ajutorul manivelei) – cu sprijinitorul de perne – sau se vor pune 4-5 perne așezate în trepte; capul se va sprijini cu o pernă mică – sub brațele pacientului se poate așeza câte o pernă; pentru a împiedica alunecarea, se procedează la fel ca și în	Pacienți: – în stare gravă – dispneici în caz de pneumonii întinse – insuficiență cardiacă – în perioada acceselor de astm bronșic – vârstnici – după anumite intervenții chirurgicale (glanda tiroidă)	– capul – gâtul – spatele – toracele posterior – plămânii – sânii – axila – inima – extremitățile superioare	– În vederea examinării pacientului, poziția șezând realizează expansiunea completă a plămânilor și permite o mai bună examinare a părții superioare a corpului. – Pacienții slăbiți din punct de vedere fizic s-ar putea să nu poată sta în această poziție; ei vor fi așezați în decubit dorsal cu extremitatea cefalică a somierei ridicată. – Pacienții cu insuficiență cardiacă în cursul acceselor de dispnee nocturnă, se așază de mai multe ori la marginea patului cu picioarele atârnate; sub tălpi se așază un taburet

207

1	2	3	4	5
	cazul poziției semișezând. • *În fotoliu:* – pacientul este așezat confortabil, trebuie bine îmbrăcat și acoperit cu pătură			
Decubit lateral	Poate fi: drept sau stâng: – culcat pe o parte – capul sprijinit pe o singură pernă – membrele inferioare flectate ușor – sau membrul inferior care este în contact cu suprafața patului întins iar celălalt îndoit – spatele sprijinit cu o pernă sau un sul sau cu rezemătoare speciale	– în pleurezii – meningite – după intervenții intratoracice – după intervenții renale – în cazul drenajului cavității pleurale. Se mai impune: – în cursul efectuării toaletei – schimbării lenjeriei – administrării clismelor și supozitoarelor – măsurării temperaturii pe cale rectală – pentru puncția lombară – în cursul sondajului duodenal – drenajului postural	– inima (decubit lateral stâng) – poziția este ideală – pentru a auzi murmurul cu sonor redus	• Pentru a împiedica apariția escarelor – între genunchi și maleole se introduc inele de vată – sub trohanterul mare, un colac de cauciuc îmbrăcat • Vârstnicii, adinamicii vor fi întorși la intervale regulate de 1-2-3 ore pentru prevenirea complicațiilor • Dacă pacientul are un membru inferior: – paralizat – fracturat – dureros – operat acesta va fi menținut în cursul manoperei de întoarcere de către asistentă și așezat pe un suport pregătit în prealabil.

1	2	3	4	5
Poziție (declivă) Trendelenburg	– decubit dorsal, eventual lateral, cu capul mai jos decât restul corpului Se realizează prin: – ridicarea extremității distale a patului – diferența între cele două extremități ale patului poate varia de la 10 la 60 cm – sub capul pacientului se poate pune o pernă subțire – se protejează capul pacientului cu o pernă așezată vertical la căpătâiul patului – pentru evitarea alunecării de pe masa de operație, pacientul este fixat în chingi sau rezemătoare speciale de umăr	– pe masa de operație în cazul sincopelor din cursul anesteziei generale – în anemii acute – pentru autotransfuzii – pentru oprirea hemoragiilor membrelor inferioare și organelor genitale feminine după intervenții ginecologice – după rahianestezie – pentru a favoriza drenajul secrețiilor din căile respiratorii superioare		– favorizează o bună circulație pentru centrii vitali – în decubit lateral se așază atunci când este pericol de aspirație a secrețiilor
Poziție proclivă (Trendelenburg inversat)	– oblică cu capul mai sus	– pentru extensia coloanei cervicale (tratament ortopedic)		
Decubit ventral	– culcat pe abdomen – capul într-o parte pe o pernă subțire	– în paralizia unor grupuri musculare; hemiplegie		– este poziția de noapte pentru sugari și copii mici

1	2	3	4	5
	– membrele superioare așezate la stânga și la dreapta capului – cu fața palmară pe suprafața patului – cu degetele în extensie sub gleznе: – o pernă cilindrică Sub torace și abdomen se pot așeza perne subțiri, moi,	– în escare extinse – drenarea unor colecții purulente – inconștienți		– nu este posibilă fără pernă pentru anumite boli cardiace și pulmonare
Poziție ginecologică	– decubit dorsal – cu genunchii îndoiți – coapsele îndepărtate Se poate realiza: – în pat – pe masa de examinare – pe masa ginecologică care are sprijinitor pentru membrele inferioare, iar sub placa de șezut are o tăviță mobilă	– pentru examene ginecologice și obstetricale – facilitează introducerea speculului vaginal-valvelor – pentru examinări rectale (rectoscopie, tușeu rectal)	– organele genitale feminine	– examinarea se face după golirea vezicii urinare și a rectului – poziție jenantă și inconfortabilă – nu se prelungește prea mult examinarea – pacienta trebuie menținută bine acoperită
Poziție genupectorală	– pacientul așezat pe genunchi, aceștia fiind ușor îndepărtați – aplecat înainte – pieptul atinge planul orizontal (masa de examinat)		– zona rectală	– este o poziție jenantă, inconfortabilă – pacienții cu artrită sau alte deformări articulare nu o vor putea practica

Schimbările de poziție ale pacientului...

...pot fi: • *active* – le execută pacientul singur
• *pasive* – sunt efectuate cu ajutorul asistentei.

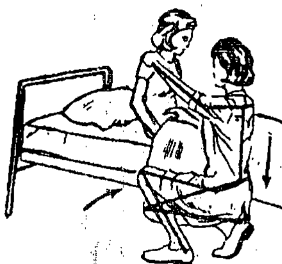
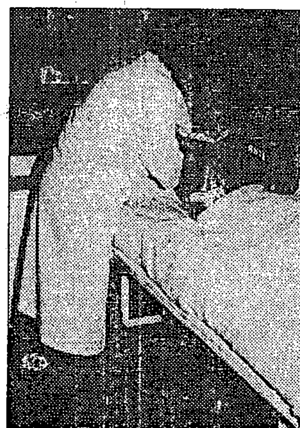
Indicații	*Schimbările pasive* se efectuează la pacienții: • adinamici • imobilizați • inconștienți • paralizați • cu aparate gipsate etc.
Principii de respectat	– Pentru efectuarea schimbărilor de poziții sunt necesare una sau două asistente. Acestea trebuie să adopte o poziție potrivită pentru a putea ridica pacientul cu mai multă ușurință și cu un efort fizic mai mic. Astfel: • prinderea pacientului se face precis și sigur cu toată mâna, așezând palma pe suprafața corpului pacientului astfel încât suprafața de contact să fie cât mai mare • așezarea asistentei cât mai aproape de pat (de pacient) cu picioarele depărtate pentru a avea o bază de susținere cât mai mare • genunchii flectați, coloana vertebrală ușor aplecată Motivație Această poziție asigură protejarea coloanei vertebrale a asistentei prin diminuarea compresiunii asupra discurilor intervertebrale și asupra corpului vertebrei, permițând asistentei să utilizeze forța mușchilor membrelor inferioare (a coapsei și a gambei), impulsionând toată energia ei spre picioare. Prin flectarea genunchilor, automat centrul de greutate coboară astfel încât poziția este mult mai convenabilă pentru a efectua mai ușor un efort cu membrele inferioare și superioare.

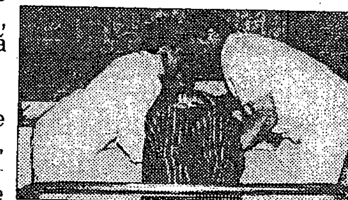
Mișcări pasive mai frecvente:

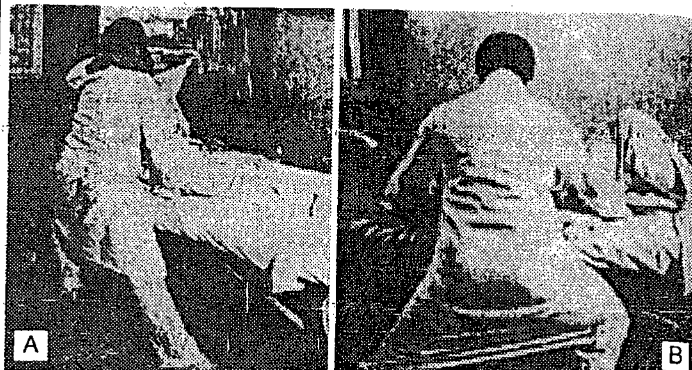
1. întoarcerea pacientului din decubit dorsal în decubit lateral și înapoi
2. așezarea pacienților în poziție șezând
3. readucerea la loc a pacienților care au alunecat în jos de pe pernă

Există mai multe tehnici pentru a efectua fiecare schimbare de poziție. Metodele descrise aici sunt cu titlu de exemplificare.

Întoarcerea din decubit dorsal în decubit lateral	– asistenta se așază la marginea patului spre care va fi întors pacientul – îndoaie brațul pacientului din partea opusă peste toracele acestuia, apoi așază membrul inferior din partea opusă peste celălalt – asistenta se așază cu fața în dreptul toracelui pacientului, având piciorul dinspre căpătâiul patului așezat mai înaintea celuilalt; își flectează ușor genunchii – se apleacă și prinde cu mâna umărul din partea opusă, iar cu cealaltă mână prinde șoldul pacientului (Fig. 36 A)	A B *Fig. 36 A și B* Întoarcerea din decubit dorsal în decubit lateral

	Din această poziție: – asistenta trece greutatea corpului ei dinspre membrul inferior plasat mai în față înspre membrul aflat mai în spate și întoarce pacientul spre ea. În timpul acestei mișcări, asistenta își flectează bine genunchii. (Fig. 36 B)
Readucerea în decubit dorsal	Readucerea pacientului din decubit lateral în decubit dorsal se face de către două asistente: – ambele se așază pe aceeași parte a patului, la spatele pacientului – asistenta așezată la capul pacientului prinde pacientul sub axila cea apropiată de suprafața patului și îi sprijină capul pe antebraț – cealaltă asistentă introduce o mână sub bazinul pacientului – cu mâinile rămase libere ele întorc pacientul
Ridicarea pacientului din decubit dorsal în poziție șezând	Vom exemplifica trei metode: a) – asistenta se așază la marginea patului cu fața spre pacient – plasează piciorul care se află lângă pat, mai în urma celuilalt – brațul dinspre pat al asistentei rămâne liber până în momentul ridicării pacientului – celălalt braț, asistenta îl trece peste umărul pacientului și plasează mâna (palma) între omoplații acestuia – pentru a ridica pacientul, asistenta își basculează greutatea corpului dinspre piciorul plasat în față spre piciorul plasat mai în spate, flectând genunchii în același timp – cu brațul liber își fixează ca punct de sprijin (contragreutate) marginea patului În felul acesta, centrul de greutate al asistentei contrabalansează greutatea pacientului (Fig. 37)  *Fig. 37* – Ridicarea din decubit dorsal în poziție șezând b) Ridicarea din decubit dorsal în poziție șezând se poate face și în felul următor: – asistenta se așază la marginea patului – cu mâna dinspre extremitatea distală a patului prinde regiunea axilară a pacientului, iar cu cealaltă mână îl îmbrățișează din spate, sprijinindu-i capul pe antebraț (Fig. 38). Pacientul – dacă starea îi  *Fig. 38* – Ridicarea din decubit dorsal în poziție șezând

	permite – se poate sprijini de brațul asistentei sau de gâtul acesteia, îmbrățișând-o. c) Ridicarea în poziție șezând a pacientului în stare gravă se execută de către două asistente: – asistentele se așază de o parte și de alta a patului – ele încrucișează antebrațele în regiunea dorsală a pacientului, așezând palmele pe omoplații pacientului – cu cealaltă mână prind pacientul sub axilă La comanda uneia dintre ele, ridică pacientul în poziție șezând, cu o singură mișcare. ■ **Notă:** Ridicarea pacientului în poziție șezând la marginea patului este descrisă la mobilizarea pacientului.
Ridicarea pe pernă	Readucerea la loc a pacienților alunecați (ridicarea pe pernă) se execută de către două persoane așezate de o parte și de alta a patului, cu fața ușor întoarsă spre capul patului – își lărgesc baza de susținere prin depărtarea picioarelor și plasarea acestora unul în fața celuilalt (cel dinspre extremitatea distală a patului fiind plasat mai în spate) – îndoiesc brațele pacientului peste abdomen (le neutralizează) – introduc mâna dinspre capul patului sub omoplații pacientului cu palma în sus – cealaltă mână o introduc sub regiunea fesieră a pacientului, unde mâinile celor două persoane se unesc – își flectează genunchii – la comanda uneia dintre asistente se ridică pacientul, folosind forța membrelor inferioare prin trecerea greutății de pe un picior pe altul. Pentru a ușura efortul de ridicare cele două persoane se pot sprijini „cap în cap" (Fig. 39)  *Fig. 39* – Ridicarea pe pernă de către două persoane – tehnica de readucere a pacientului pe pernă se poate executa și de către o singură asistentă dacă pacientul poate să se ajute flectându-și genunchii și împingând cu picioarele sprijinite pe suprafața patului (Fig. 40 A, B)   *Fig. 40 A și B* – Ridicarea pe pernă de către o singură persoană

Schimbarea din poziția șezând, în decubit dorsal	În figura 41 A, B, se poate vedea cum se face mai ușor schimbarea pacientului din poziție șezând în decubit dorsal, folosind forța membrelor inferioare.  *Fig. 41 A și B* – Schimbarea din poziție șezând în decubit dorsal

■ OBSERVAȚIE:
– pentru ușurarea mișcării pacientului este importantă balansarea corpului asistentei de pe un picior spre celălalt în direcția mobilizării pacientului (transferând greutatea prin împingere).

■ IMPORTANT DE REȚINUT:
– explicați întotdeauna pacientului clar ce se face cu el și ce colaborare așteptați de la el
– urmăriți atent pacientul în tot timpul manoperei, asigurându-vă că el se află într-o poziție confortabilă.

Mobilizarea pacientului

Scopul mobilizării este mișcarea pacientului pentru a se preveni complicațiile ce pot apărea din cauza imobilizării și pentru recâștigarea independenței.

Obiectivele urmărite	– normalizarea tonusului muscular – menținerea mobilității articulare – asigurarea stării de bine și independența pacientului – stimularea metabolismului – favorizarea eliminării de urină și fecale (pacientul poate să urineze și să-și evacueze scaunul mai bine în afara patului decât în prezența altora sau în poziție culcată pe bazinet) – stimularea circulației sanguine pentru: profilaxia trombozelor, pneumoniilor, escarelor, contracturilor

Principii de respectat	Mobilizarea se face în funcție de: – natura bolii – starea generală – tipul de reactivitate a pacientului etc. – perioada de exerciții pasive și active pentru refacerea condiției musculare și anvergura de mișcare trebuie începută încet, mărindu-se treptat, în funcție de răspunsul fiziologic al pacientului (creșterea frecvenței pulsului, semne de slăbiciune musculară, diaforeză) – exercițiile se fac înainte de mese – pacientul trebuie învățat să intercaleze exercițiile de mișcare cu exerciții de respirație – de asemenea, trebuie planificat împreună cu pacientul exerciții pentru relaxare. ■ **Observație:** – momentul în care se încep mobilizarea și sculatrea din pat, precum și ritmul în care se efectuează vor fi hotărâte de medic – executarea în bune condiții ține de competența asistentei
Pregătiri	• *Pregătirea materialelor* se face ținând cont de tipul de mișcare impus (halat, papuci, fotoliu, cârje)  *Fig. 42* – Măsurarea cu goniometru a gradului de flexie a articulației • *Pregătirea pacientului:* – asistenta îl informează: procedeu, scop etc. – îi controlează pulsul, tensiunea arterială, observă starea pacientului, expresia feței (colorația tegumentelor, respirația). De asemenea, se poate determina gradul de flexie a articulației cu goniometrul (Fig. 42)
Tipuri de mișcări și modalități de mobilizare	Mobilizarea face parte din terapia prescrisă de medic, în funcție de afecțiunea și starea pacientului; mobilizarea se face progresiv, crescând treptat gama de mișcări (Fig. 43 A și B); se începe cu: – mișcarea capului – mișcări pasive și active – mișcarea degetelor, încheieturilor (mâinii, gleznei)

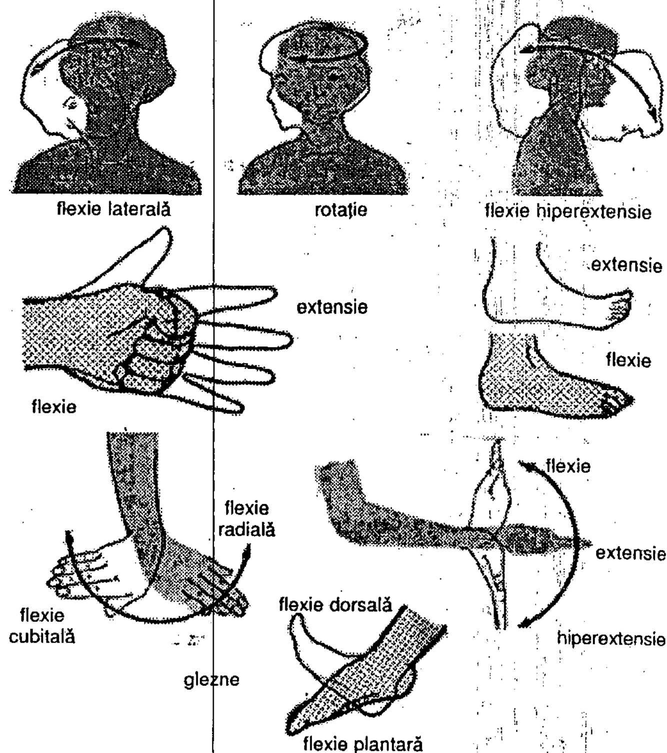


Fig. 43 A – Mişcări pasive şi active

– mişcarea şi schimbarea poziţiei membrelor superioare şi inferioare, mişcări de flexie şi extensie, pacientul păstrând poziţia de decubit

Urmează:

– aşezarea în poziţie şezând, în mod pasiv la început (după metodele cunoscute)

– aşezarea în poziţie şezând – în mod activ, de mai multe ori pe zi (crescându-se numărul de minute)

– aşezarea pacientului în poziţie şezând la marginea patului, în fotoliu (în mod pasiv, apoi activ)

– ridicarea pacientului în poziţie ortostatică şi primii paşi

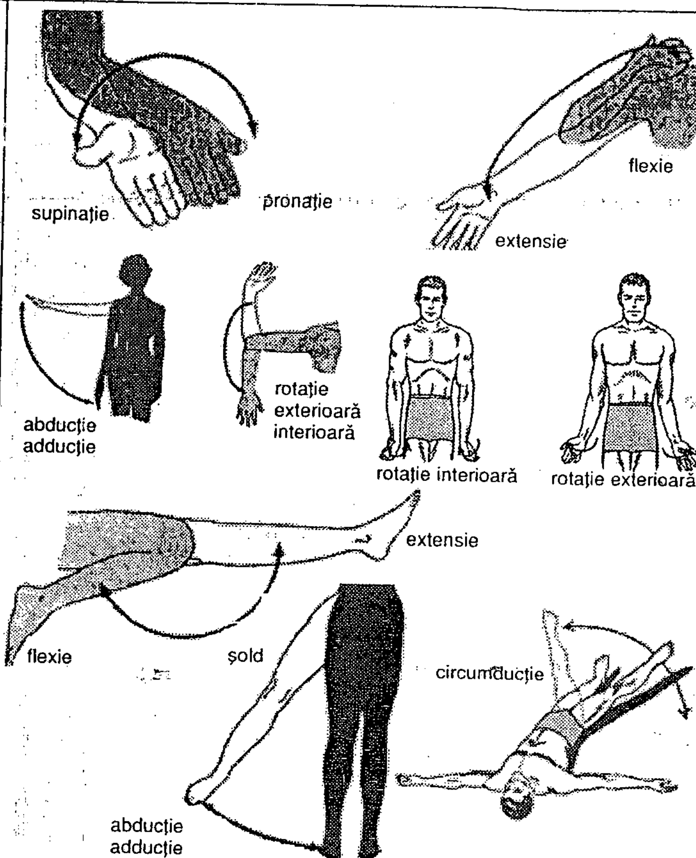
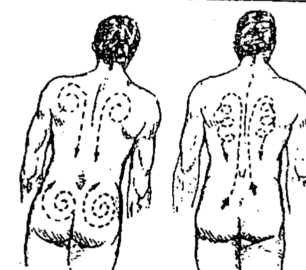


Fig. 43 B – Mişcări pasive şi active

■ **Important:**
Mişcarea trebuie asociată cu mişcări de respiraţie. De asemenea se poate asocia cu efectuarea unor masaje (Fig. 44)

Aşezarea în poziţie şezând, la marginea patului	Vom dezvolta ultimele două modalităţi de mobilizare: 1. Modalitatea de aşezare a pacientului în poziţie şezând, la marginea patului – asistenta se aşază la marginea patului cu picioarele depărtate şi cu genunchii flectaţi – introduce o mână la spatele pacientului sub omoplat iar cealaltă mână, sub regiunea poplitee  *Fig. 44* – Masaj circular

	Pacientul poate colabora fie sprijinindu-se de marginea patului, fie îmbrățișând gâtul asistentei sau al asistentului (vezi Fig. 45) O dată cu ridicarea pacientului în poziție șezând, se face rotarea membrelor inferioare într-un unghi de 90° și se urmărește poziția corectă a coloanei acestuia 2. Metoda se poate realiza și în cazul pacienților care nu se pot sprijini sau prinde cu mâinile. În acest caz: – poziția asistentei este aceeași, doar că: – așază brațele pacientului peste abdomen – membrul inferior dinspre asistentă îl trece peste celălalt din partea opusă – apoi, asistenta așază o mână sub omoplatul pacientului cu dosul palmei, iar cealaltă sub genunchii acestuia procedând, în continuare, ca mai sus (Fig. 46) **■ De reținut:** – prima așezare a pacientului în poziție șezând, la marginea patului, să fie numai de câteva minute, să se observe atent pacientul, să se măsoare pulsul – în zilele următoare, durata șederii se poate prelungi *Fig. 45* – Așezarea în poziție (metoda 1) șezând la marginea patului *Fig. 46* – Așezarea în poziție (metoda 2) șezând la marginea patului
Așezarea în fotoliu	Așezarea pacientului în fotoliu: – asistenta așază fotoliul cu marginea laterală lipită de marginea patului – pune un pled pe fotoliu – îmbracă pacientul cu halat și ciorapi – aduce pacientul în poziție șezând la marginea patului, după metoda cunoscută – asistenta se așază în fața pacientului și introduce mâinile sub axilele acestuia – pacientul se sprijină cu mâinile pe brațele sau umerii asistentei

	– asistenta ridică pacientul în picioare și, întorcându-l cu spatele către fotoliu, îl așază încet în acesta – îl acoperă cu pledul – sub picioare, se poate așeza un scăunel Când așezarea în fotoliu se face de către două asistente, acestea se situează de o parte și de alta a pacientului care stă în poziție șezând pe marginea patului. –introduc mâna de lângă pacient sub axila acestuia și-l ridică în picioare (Fig. 47) – apoi, rotindu-l, îl așază în fotoliu și-l acoperă *Fig. 47* – Așezarea în fotoliu cu ajutorul a două asistente
Ridicarea în poziție ortostatică	După ce pacientul este așezat în poziție șezând, pe marginea patului, asistenta de lângă pacient stă cu spatele la pat, sprijină pacientul de sub ambele axile și-l ridică (Fig. 48). Se poate menține, la prima ridicare în această poziție, câteva minute. În cazul în care pacientul poate să fie plimbat prin salon, el va fi sprijinit, în axilă, de către două asistente. O altă metodă folosită frecvent, cu bune rezultate, este următoarea: – asistenta se așază, în fața pacientului, care stă în poziție șezând, la marginea patului – fixează, cu genunchii ei, genunchii pacientului iar cu mâinile îl prinde de sub axile – pacientul se prinde de umerii asistentei sau de gâtul acesteia – prin împingere în genunchii pacientului, centrul de greutate al asistentei coboară, crescând astfel forța de ridicare a pacientului (Fig. 49) *Fig. 48* – Ridicarea în poziție ortostatică *Fig. 49* – Ridicarea în poziție ortostatică prin împingerea cu genunchii

Transportul pacienților

Printr-un transport efectuat în condiții bune, cu mult menajament și atenție față de pacient, ținând cont de afecțiunea de care suferă acesta, se evită agravarea durerilor și apariția altor complicații, cum ar fi: înrăutățirea stării, producerea unui șoc traumatic, transformarea unei fracturi închise într-una deschisă, provocarea de hemoragii etc.

Transportul poate fi necesar în următoarele situații:
- evacuarea traumatizaților de la locul accidentului
- transportul de la un spital la altul, de la domiciliu la spital sau la domiciliu după externare etc.
- transportul de la o secție la alta; la servicii de diagnostic și tratament; la sala de operații și de la sala de operații; dintr-un salon în altul; dintr-un pat în altul etc.

Categorii de pacienți care trebuie transportați	– accidentații, în stare de șoc, cu leziuni ale membrelor inferioare – inconștienți, somnolenți, obnubilați – astenici, adinamici, cu tulburări de echilibru – febrili, operați – cu insuficiență cardiopulmonară gravă – psihici
Mijloacele de transport	În funcție de gravitatea afecțiunii, de scopul transportului, de distanță, transportul se face cu: – brancardă (targă) – cărucior – fotoliu și pat rulant – cu mijloace improvizate în caz de urgență – cu vehicule speciale: autosalvări, avioane sanitare (aviasan)
Pregătiri	*Transportul cu targa* • *Pregătirea tărgii* – targa se acoperă cu o pătură și cu un cearșaf; la nevoie, se acoperă cu mușama și aleză; pernă subțire • *Pregătirea pacientului* – se informează atât pacientul cât și aparținătorii asupra scopului transportului și locului unde va fi transportat – se explică procedeul așezării pe targă și eventual se instruiește pacientul cum poate colabora – în cazul în care pacientul are instalate o perfuzie, sonde, drenuri etc. se vor lua măsuri de siguranță: sprijinirea – eventual pe un suport – a aparatului de perfuzie; fixarea sau pensarea sondelor etc. în funcție de durata și condițiile de transport Nu se pensează drenul toracic la pacienții ventilați – în caz de vărsături – tăviță renală – se pregătește documentația pacientului

Așezarea pacientului pe targă	– pacientul va fi așezat cu privirea în direcția mersului (trebuie să vadă unde merge) – la urcatul scărilor, brancardierul din urmă va ridica targa până la nivelul orizontal; dacă panta este prea accentuată, se poate duce pacientul, la urcuș, cu capul înainte. De asemenea, când pacientul trebuie supravegheat tot timpul, este mai bine ca acesta să fie dus cu capul înainte, pentru ca, stând față în față cu brancardierul, să poată fi supravegheat. – în principiu, pacientul va fi prins de partea sănătoasă *Execuția:* – targa este ținută la cele două extremități de către doi brancardieri, doar de câte un singur mâner astfel încât targa să atârne de-a lungul marginii patului – așezarea pacientului pe targă necesită trei persoane: acestea se vor așeza de-a lungul patului de partea tărgii atârnate – își introduc mâinile, cu palma și degetele întinse, sub pacient – prima: susține capul și toracele, sprijinind ceafa pacientului pe antebraț – a doua: sprijină pacientul în regiunea lombară și sub șezut – a treia: susține membrele inferioare Prima persoană comandă mișcările: 1. ridică deodată pacientul. 2. după ce acesta a fost ridicat, face un pas înapoi 3. brancardierii ridică și cealaltă margine a tărgii, aducând-o în poziție orizontală sub pacient 4. se așază pacientul pe targă, se acoperă Descărcarea se face după aceeași metodă, dar cu mișcările inverse
Pozițiile pacientului pe targă în funcție de afecțiune	În funcție de afecțiune, pacienții pot avea următoarele poziții: • *în decubit dorsal:* – pacienții cu traumatisme abdominale, cu genunchi flectați – accidentații conștienți, suspecți de fractură a coloanei vertebrale sau a bazinului: se asigură suprafață rigidă – leziuni ale membrelor inferioare: sub membrul lezat, se așază o pernă – leziuni ale membrelor superioare: membrul superior lezat se așază peste toracele pacientului; eventual se fixează cu o eșarfă – accidentații în stare de șoc cu hemoragie: cu membrele inferioare ridicate • *în poziție șezând:* – pacienții cu traumatisme craniene, conștienți și fără semne de șoc: menținuți cu ajutorul pernelor – leziuni ale gâtului: capul va fi flectat, astfel încât regiunea mentonianăsă atingă toracele

	• *în poziţie semişezând:* – accidentaţii toraco-pulmonar – pacienţii cu insuficienţă cardiorespiratorie – accidentaţii cu leziuni abdominale (poziţia Fowler), cu genunchii flectaţi • *în decubit lateral:* – pacienţii în stare de comă • *în decubit ventral:* – pacienţii cu leziuni ale feţei (craniofaciale): sub fruntea lor se aşază un sul improvizat din cearşafuri, sau antebraţul flectat al traumatizatului – cu leziuni ale spatelui sau regiunii fesiere • *în decubit semiventral:* – pacienţii inconştienţi, iar în caz de tulburări de deglutiţie sau hipersecreţie salivară, în poziţie Trendelenburg, pentru a preveni acumularea şi aspirarea secreţiilor • *în poziţia Trendelenburg,* cu înclinare maximă de 10-15°: – accidentaţii în stare de şoc – în colaps periferic, pentru a asigura un aport mai mare de sânge în organele vitale • *în poziţie Trendelenburg inversat,* cu înclinare de maximum 10-15°: – accidentaţii cu fracturi ale bazei craniului **Notă:** bolnavii psihici agitaţi se calmează medicamentos şi se transportă imobilizaţi

DE REŢINUT:

• în leziuni ale coloanei vertebrale, pacienţii vor fi transportaţi pe o suprafaţă dură; se recomandă ca pacienţii să fie transportaţi în poziţia în care au fost găsiţi

• în cazuri cu totul excepţionale, când este imposibil să se asigure o targă tare, chiar improvizată (uşă, scândură lată), transportul este admis pe pătură, culcat cu faţa în jos, cu excepţia celor suspecţi de fractură a coloanei cervicale.

TRANSPORTUL CU CĂRUCIORUL

Cărucioarele utilizate pentru transportul pacientului au în general înălţimea meselor de operaţie, pentru a se putea transporta uşor pacientul de pe cărucior pe masă şi invers.

Aşezarea pe cărucior	– căruciorul se aşază cu partea cefalică perpendicular pe capătul distal al patului (la picioarele patului) – roţile căruciorului trebuie blocate

	Pentru ridicarea pacientului, este nevoie de trei persoane care execută tehnica în următorii timpi: – cele trei persoane se aşază lângă marginea patului; fiecare îşi plasează piciorul dinspre targă mai în faţă – toate trei îşi flectează genunchii introducând braţele sub pacient: – prima, sub ceafă şi umeri – a doua, sub regiunea lombară şi şezut – a treia, sub coapse şi gambe – apoi, cele trei persoane întorc pacientul înspre ele, îl apropie cât mai mult ca să-l poată strânge – îşi îndreaptă corpul, făcând un pas înapoi (cu piciorul aflat în faţă) şi se îndreaptă spre targă – lângă cărucior îşi flexează uşor genunchii şi aşază pacientul pe cărucior, întind braţele ca pacientul să fie aşezat în decubit dorsal – cele trei persoane îşi retrag braţele

IMPORTANT:

Ridicând pacientul, persoanele trebuie să-l ţină strâns către ele şi să-şi folosească cât mai mult forţa membrelor inferioare pentru a-şi proteja propria lor coloană vertebrală.

OBSERVAŢII:

Transportul cu fotoliu rulant a fost descris la mobilizarea pacientului.

Transportul cu patul rulant este forma ideală de transport; la cele patru picioare, paturile sunt prevăzute cu roţi sau pot fi racordate la un dispozitiv cu roţi, oricare pat poate deveni astfel rulant.

Prin utilizarea acestui sistem de transport, pacientul nu trebuie transpus mereu din pat în cărucior, de aici pe masa de operaţie sau la alte examinări, ci va fi transportat direct cu patul. Patul cu dispozitiv rulant aşteaptă pacientul chiar la serviciul de primire. Această metodă nu poate fi aplicată la toate spitalele, căci ea necesită o dimensionare corespunzătoare a coridoarelor, uşilor, să nu existe praguri, iar deplasarea între etaje să se poată face cu ascensorul.

TRANSPORTUL ÎN AFARA SPITALULUI

Pregătirea pacientului	– pacientul va fi pregătit din timp pentru transport – i se comunică mijlocul de transport – va fi îmbrăcat în mod corespunzător anotimpului, duratei drumului şi mijloacelor de transport – i se oferă bazinetul şi urinarul în vederea evacuării scaunului şi urinei

	– i se asigură maximum de confort, poziția pacientului va fi cât mai comodă – pacientul transportat la alte servicii sau instituții sanitare va fi însoțit de asistentă, cu documentația necesară – asistenta trebuie să fie înzestrată cu tot ceea ce i-ar trebui pe drum în acordarea primului ajutor. Ea supraveghează pacientul îndeaproape, pe tot timpul transportului – predarea pacientului se face de către asistentă la medicul de gardă al instituției unde a fost transportat. Pentru liniștea pacientului, este bine ca ea să rămână lângă pacient până va fi amplasat în patul lui. **Important** Mijlocul de transport va fi dezinfectat după transportul pacienților infecțioși.

„Somnul ... este o baie după a zilei muncă istovitoare,
Un baisam al minții nostre obosite...
Un nutritor de căpetenie la ospățul vieții..."
(W. Shakespeare)

5. NEVOIA DE A DORMI ȘI A SE ODIHNI

Definiție

Este o necesitate a fiecărei ființe umane de a dormi și a se odihni în bune condiții, timp suficient, astfel încât să-i permită organismului să obțină randamentul maxim.

I. *Independența în satisfacerea nevoii*

Ființa umană consacră o parte importantă a vieții somnului și odihnei.

ODIHNA este perioada în care se reface structurile alterate ale organismului, se completează resursele energetice folosite, se transportă produșii formați în timpul efortului, fie în ficat – acidul lactic, fie în rinichi, organ excretor.

SOMNUL este forma particulară de odihnă prin absența stării de veghe.

Somnul eliberează individul de tensiuni psihologice și fizice și îi permite să găsească energia necesară activității cotidiene.

În timpul somnului, activitățile fiziologice descresc, are loc diminuarea metabolismului bazal, a tonusului muscular, a respirației, a pulsului, a tensiunii arteriale. Sporește secreția hormonilor de creștere, mai ales la pubertate.

Acestea sunt mai evidente în timpul somnului nocturn și mai reduse în cel diurn.

Se cunosc *două tipuri de somn*: somnul lent, clasic sau ortodox, și somnul paradoxal cu activitate rapidă corticală.

Somnul lent reprezintă o veritabilă perioadă de odihnă pentru organism (numai parțial pentru creier), are un rol reparator, restaurator, fortifiant, cu funcție în creșterea și reînnoirea țesuturilor corporale.

Somnul rapid, paradoxal, este important pentru refacerea creierului (crește fluxul sanguin în creier).

Visele se produc în somnul paradoxal. Cei treziți din somnul paradoxal își amintesc precis conținutul visului cu detalii.

În alte faze, își amintesc greu sau deloc.

Ciclul de somn este constituit din perioade de somn lent, care pe măsura înaintării în noapte își pierde din calitatea de somn profund și din perioada de somn rapid.

Variațiile în producerea ciclurilor de somn sunt mari de la individ la individ.

Pentru a se menține starea de independență este necesară respectarea ritmului somn-veghe.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii de somn

Biologici	– *Vârsta* Nevoia de odihnă și somn variază în funcție de vârstă: – copilul, în timpul creșterii, are nevoie de mai multe ore de somn, care se diminuează progresiv până la vârsta adultă, când se stabilizează – la persoanele vârstnice, nevoia orelor de somn rămâne nemodificată, se modifică calitatea somnului (superficial, dificultăți de adormire, frecvența trezirilor nocturne, facilitatea ațipirilor diurne)
	– *Necesități proprii organismului* Există persoane care dorm mai puțin, păstrându-și vioiciunea și puterea de muncă, în timp ce altele necesită un număr mare de ore de odihnă și somn
	– *Activitatea* O activitatea fizică adecvată predispune individul la un somn regenerator
	– *Deprinderi legate de somn* Somnul își are regulile sale, ritualul său, de care este necesar să se țină seama; culcarea la aceeași oră, somnul nocturn, confortul, unele deprinderi înainte sau la culcare cum sunt: lectură plăcută, baie caldă, băutură caldă sau rece; la copii, poveștile sau jocul cu jucăria preferată favorizează somnul.
	– *Ritmul veghe-somn* – Funcția veghe-somn reprezintă un proces biologic a cărei periodicitate este legată de alternanța zi-noapte; schimbarea acestei alternanțe poate explica perturbările funcției veghe-somn apărute la speologi, cosmonauți, muncitori care lucrează în ture. Această perturbare veghe-somn atrage după sine perturbarea numeroaselor sisteme biologice. Somnul nocturn este mult mai odihnitor decât cel diurn.

	– *Capacitatea de a te destinde* Eliberarea de tensiunile nervoase, preocupările zilnice, relaxarea fizică şi psihică favorizează instalarea somnului; dacă nu se eliberează de acestea, este posibil să adoarmă cu mare greutate.
Psihologic	– *Anxietatea, teama, neliniştea:* Starea de nelinişte mai mult sau mai puţin conştientă, care produce o puternică tensiune interioară, manifestată prin nesiguranţă şi tulburări neuro-vegetative, modifică calitatea şi cantitatea somnului.
Sociologic	– *Programul de activitate:* Persoanele care au un program de muncă, variabil au ritmul veghe-somn modificat; aceasta influenţează satisfacerea nevoii de a dormi, a te odhni. Culcarea la ore fixe, somnul de noapte asigură odihna necesară organismului. – *Locul de odihnă:* Confortul, numărul de persoane cu care împarte camera, intimitatea şi liniştea locului de odihnă pot modifica repausul şi somnul.

Manifestări de independenţă

Somnul	– Durata – În funcţie de vârstă: nou-născut: 16-20 ore 1 an: 14-16 ore 3 ani: 10-14 ore 5-11 ani: 9-13 ore adolescent: 12-14 ore adult: 7-9 ore persoane vârstnice: 6-8 ore – *Calitatea* – Regenerator, calm, fără coşmaruri, fără întreruperi, adoarme cu uşurinţă şi se trezeşte odihnit; la copil somnul nocturn, continuu este instalat după luna a 3-a, iar la sfârşitul lunii a 10-a, organizarea este ca la adult. – vise agreabile, plăcute
Perioade de repaus	– Pentru evitarea suprasolicitării fizice şi psihice, perioadele de activitate trebuie intercalate cu perioade de repaus. – Durata acestor perioade, intervalul la care se succed, programarea judicioasă în raport cu activitatea depusă şi necesităţile organismului au un efect binefăcător, recreativ asupra organismului. Exemplu: pauza după ora de curs

Perioade de relaxare şi timp liber	– Este necesară activitatea bine organizată şi judicios alternată cu perioade de relaxare şi timp liber, care să permită refacerea forţei fizice şi a capacităţii intelectuale. Exemplu: vacanţa elevilor.
Modalităţi folosite pentru odihnă şi relaxare	– Din mijloacele de destindere şi odihnă, de mare varietate şi complexitate vor fi adesea cele mai adecvate firii şi posibilităţii pacientului. Sunt evitate modalităţile care nu oferă posibilitatea destinderii şi nu contribuie la menţinerea sănătăţii. – Cea mai eficientă odihnă este cea activă: după activităţi fizice – activităţi intelectuale; după activităţi intelectuale, activităţi fizice uşoare, plăcute.

Intervenţiile asistentei pentru menţinerea nevoii de a dormi, a se odihni

Intervenţii
– menţine condiţiile necesare somnului, respectând dorinţele şi deprinderile persoanei
– observă dacă perioadele de relaxare, de odihnă sunt în raport cu necesităţile organismului şi munca depusă
– îi explică necesitatea menţinerii unei vieţi ordonate, cu un program stabilit
– îl învaţă tehnici de relaxare şi modalităţi care să-i favorizeze somnul prin discuţii, demonstraţii, material documentar.

II. *Dependenţa în satisfacerea nevoii*

Dacă această nevoie nu este satisfăcută, apar următoarele **probleme de dependenţă:**

1. **Insomnie**
2. **Hipersomnie**
3. **Incomoditate – Disconfort**
4. **Oboseală**
5. **Dificultate sau incapacitate de a se odihni (vezi anexele 2 şi 3)**

Surse de dificultate

DE ORDIN	
Fizic	– Afecţiuni organice – cerebrale, endocrine, constrângeri fizice, dezechilibre, durerea, surmenajul
Psihic	– Afectarea gândirii, anxietate, frustrare, stres, situaţie de criză, pierdere, separare
Social şi lipsa cunoaşterii	– Eşecul funcţiei, lipsa cunoştinţelor, insuficienţa cunoaşterii de sine, anturaj inadecvat, temperatura, ambianţa inadecvată, creşterea stimulilor senzoriali în locuinţă şi nu numai

Prezentăm patru probleme de dependență:

1. Insomnie: dificultatea de a dormi sau de a te odihni dormind

Manifestări

Somn perturbat	– *Numărul de ore de somn* Ore insuficiente de somn – durata totală de 6 ore – *Insomnii inițiale* – pacientul adoarme foarte greu după care doarme până dimineața – *Insomnii terminale* – după o adormire normală, se trezește și nu mai poate adormi – *Calitatea somnului* Pacienții nu sunt satisfăcuți de somnul lor întrerupt, agitat, superficial – Insomnii dormiționale – apariția multiplelor perioade de veghe, care survin în timpul nopții, fărâmițând somnul nocturn; trezirile durează vreme îndelungată, sunt chinuitoare; aceste treziri pot fi după vise cu conținut neplăcut sau coșmaruri – Insomnii predormiționale – stare de veghe prelungită până la instaurarea somnului – Insomnii post-dormiționale – survin la vârstnici și mai ales la cei care se culcă la ore timpurii.
Ațipiri în timpul zilei	Pacientul ațipește pentru durate scurte de timp; în funcție de durata și numărul lor, ele pot completa sau nu lipsa orelor de somn nocturn; unii pacienți dorm în timpul zilei și somnul de noapte este de scurtă durată, dar totalizează numărul necesar de ore de somn (falsa insomnie).
Coșmaruri	Vis penibil, dominant; pacientul se trezește brusc din somn, neliniștit, agitat; adoarme din nou cu greutate.
Somnambulism	Tulburare paroxistică de somn; pacientul se dă jos din pat și începe să umble prin cameră, străzi, locuri periculoase; are privirea rătăcită, mișcări dezordonate, nu vorbește, nu răspunde la întrebări; după un timp se întoarce, se culcă, adoarme.
Apatie	Lipsa de interes față de ambianță și propria persoană. Rămâne în pat timp îndelungat în căutarea somnului.
Pavor nocturn	Stare de spaimă intensă , care apare în timpul somnului, mai frecvent la copii; pacientul se trezește brusc din somn, se ridică în șezut, țipă, gesticulează, are privirea rătăcită, încearcă să fugă; după câteva minute, această stare dispare, pacientul adoarme.

Neliniște	Teama nejustificată care apare pe fondul de instabilitate emoțională, tulburând odihna pacientului; tulburări de gândire, manifestate prin apariția în conștiința pacientului contrar voinței, unor reprezentări, idei, sentimente pe care se străduiește să le îndepărteze.
Confuzie	Pacientul prezintă percepții false (percepe un obiect sau un fenomen), fiind convins de realitatea lor; aceste stări îl împiedică să se odihnească.
Iritabilitate	Pacientul prezintă o stare de tensiune psihică continuă, manifestată prin neliniște, frământare; adoarme greu, somn întrerupt, superficial.
Sentiment de depresie – tristețe	Pacienții nesatisfăcuți uneori de repausul lor, sunt convinși că nu au dormit toată noaptea.
Diminuare a puterii de concentrare	Pacientul nu se poate concentra asupra unei activități, atenția este diminuată, are gesturi nesigure.
Oboseală	Pacientul se simte obosit, mai obosit ca la culcare, facies sumbru, ochi încercănați, vorbire tremurată, tremurătura extremităților.

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu insomnie

OBIECTIV	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să beneficieze de somn corespunzător cantitativ și calitativ	– învață pacientul să practice tehnici de relaxare, exerciții respiratorii câteva minute înainte de culcare – oferă pacientului o cană cu lapte cald înainte de culcare, o baie caldă – învață pacientul care se trezește devreme, să se ridice din pat câteva minute, să citească, să asculte muzică, apoi să se culce din nou – identifică nivelul și cauza anxietății la pacienții cu insomnie – observă și notează calitatea, orarul somnului, gradul de satisfacere a celorlalte nevoi – întocmește un program de odihnă corespunzător organismului – administrează tratamentul medicamentos – observă efectul acestuia asupra organismului

2. Hipersomnie – ore excesive de somn, prelungirea duratei și intensificarea profunzimii somnului

Manifestări de dependență

Somn modificat	*– Numărul de ore de somn noaptea* – Peste 10 ore, la adult, și 12 ore, la copil (se exclud condițiile particulare de oboseală după eforturi excesive, convalescență sau insomnii, care necesită o recuperare de somn) *– Calitatea somnului* – Se diferențiază de somnul normal prin profunzime, durată, bruschețea apariției. Durata, modul de instalare, evoluția depind de natura și localizarea afecțiunii cauzale.
Somnolența (accese de somn diurn)	– Ațipiri; pacientul aude cuvintele rostite tare, poate răspunde cu oarecare brutalitate, laconic. Fără un stimul, adoarme. Poate dura zile, săptămâni, poate fi urmată de inversări ale ritmului nictemeral.
Letargia	– Hipersomnie continuă, mai profundă; poate fi trezit pentru scurtă vreme prin excitații violente, păstrând un grad de obnubilare și torpoare intelectuală. Poate dura ore, zile, luni ani. Funcțiile vitale sunt diminuate
Narcolepsia	– Necesitatea subită de somn, precedată de pierderea tonusului muscular. Apare în perioade de inactivitate sau postprandial, dar pacienții pot adormi și în plină activitate. Somnul este superficial, întretăiat de treziri, vise dezagreabile, reacții vegetative, transpirații, bufeuri.
Comportament verbal și nonverbal	– Lent, greoi, pacientul răspunde cu greutate la întrebări.
Oboseala	– Stare de epuizare musculară și nervoasă, pe care bolnavul o acuză.
Inactivitate	– Starea permanentă de somn, pe care o resimte pacientul, diminuează posibilitatea efectuării unor activități fizice.

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu hipersomnie

OBIECTIV	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să beneficieze de un număr de ore de somn corespunzător vârstei	*Asistenta medicală:* – identifică, prin discuțiile cu pacientul sau familia, cauza hipersomniei; – identifică cu pacientul metodele de diminuare a factorilor cauzatori – creează un climat de încredere, încurajează și liniștește pacientul pentru a-și recăpăta echilibrul psihic – observă și notează toate schimbările care survin în starea pacientului – administrează tratamentul medicamentos
Pacientul să fie activ, cooperant	– identifică care sunt activitățile agreate de pacient – elaborează împreună cu pacientul un program de activitate, care să corespundă stării pacientului și posibilităților organismului – observă somnul, calitatea acestuia, raportul între starea de veghe și somn

3. Disconfort: senzație de jenă, de neplăcere fizică și psihică

Manifestări de dependență

Iritabilitatea	– Imposibilitatea pacientului de a se menține calm și a se comporta liniștit și adecvat situației
Indispoziție, jenă	– Stare de lipsă de voie bună, de mâhnire
Stare de disconfort	– Stare neplăcută de incomoditate
Diaforeză	Transpirație abundentă care determină starea de disconfort
Dureri musculare	Poziția incomodă determină contractări musculare prelungite, dureroase pentru pacient

– Intervenţiile asistentei –

Pacient cu disconfort

OBIECTIV	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să beneficieze de confort fizic şi psihic	– discută cu pacientul pentru a identifica cauzele disconfortului (teamă etc) – favorizează odihna pacientului, prin suprimarea surselor care-i pot determina disconfortul şi iritabilitatea – creează senzaţie de bine pacientului, prin discuţiile purtate – facilitează contactul cu alţi pacienţi, cu membrii familiei – aplică tehnici de îngrijire curentă, necesare obţinerii stării de satisfacţie – observă şi notează schimbările

4. Oboseală: senzaţie penibilă, însoţită de inactivitate, stare de epuizare nervoasă şi musculară

Manifestări de dependenţă

Faţa	– Palidă, exprimă tristeţea
Ochii **Pulsul**	– Încercănaţi, privirea înceţoşată – Rar, lent, slab bătut
Tensiunea arterială	– Tendinţa de scădere a valorii normale
Somnul	– Somnolenţă diurnă
Aspectul tegumentelor	– Palide, transpiraţii reci
Starea psihică	– Plictiseală, apatie
Greutatea corpului	– Scăderea acesteia
Astenie	– Scăderea forţei

– Intervenţiile asistentei –

Pacient cu oboseală

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să fie odihnit cu tonusul fizic şi psihic bun în decurs de......... zile	– identifică cauza oboselii – ajută pacientul să-şi planifice activităţile cotidiene – observă dacă perioadele de odihnă corespund necesităţilor organismului – stimulează încrederea pacientului în forţele proprii şi în cei care îl îngrijesc – învaţă pacientul cum să execute tehnici de relaxare – ajută la aplicarea corectă a acestora – observă şi notează funcţiile vitale şi vegetative, perioada somn-odihnă, comportamentul pacientului – administrează medicaţia indicată de medic – observă efectul acesteia

Tehnici de evaluare şi îngrijiri asociate nevoii de a dormi şi a se odihni

Rolul asistentei în satisfacerea nevoii de odihnă a pacientului

Aprecierea gradului de adaptare a pacientului la mediul spitalicesc:
- activitatea din mediul spitalicesc poate avea ca efect modificarea obiceiurilor de somn şi odihnă ale pacienţilor spitalizaţi
- importanţa modificărilor depinde de starea fiziologică şi psihică a pacientului şi de locul unde este plasat.

Asistenta trebuie să cunoască nevoile fiziologice de somn ale pacienţilor, să le supravegheze somnul din punct de vedere cantitativ şi calitativ, să recunoască semnele care indică nesatisfacerea nevoii de odihnă, să depisteze cauzele şi să le îndepărteze.

Reducerea zgomotului în mediul spitalicesc:
- închiderea uşilor la saloane
- reducerea volumului unor aparate din apropierea saloanelor (telefon, radio, T.V., compresoare etc.)
- purtarea pantofilor cu talpă de cauciuc, nu tocuri de metal
- evitarea discuţiilor cu voce tare, a trântitului uşilor
- manipularea cu grijă a cărucioarelor, a truselor cu instrumente şi a materialelor de curăţenie (găleţi)

Asigurarea confortului:
- diminuarea surselor de iritaţie fizică
- atenuarea durerii
- asigurarea unei bune igiene corporale

- asigurarea lenjeriei pe pat curată şi uscată
- asigurarea unei temperaturi adecvate în salon
- adoptarea unei poziţii comode, pe saltele confortabile
- diminuarea intervenţiilor de îngrijire în perioadele de somn
- promovarea unei activităţi zilnice (ex. participarea la îngrijiri)
- crearea unui mediu de siguranţă fizică şi psihică (bare laterale la pat, lumină de veghe)
- sfătuirea pacientului să-şi golească vezica urinară înainte de culcare

Favorizarea ritualurilor adormirii:
- aerisirea salonului
- exerciţii de relaxare
- citit
- privit la televizor

Educaţia pacientului:
- stabilirea unui orar de somn şi odihnă
- explicarea rolului somnului şi odihnei pentru refacerea organismului
- necesitatea evitării factorilor care influenţează somnul şi odihna (oboseala, stresul, cafeaua, alcoolul, mediul cu supraîncărcare de stimuli senzoriali)

Exerciţii de relaxare

Exerciţiile de relaxare pornesc de la un model holistic al stării de boală şi sănătate, model bazat pe prezumţia că individul este o entitate psiho-biologică unitară.

Se pot utiliza diferite tipuri şi tehnici de relaxare. Pacientul va fi întrebat mai întâi dacă vrea să înveţe o anumită tehnică de relaxare, pe care apoi o va putea aplica singur. Dacă pacientul îşi manifestă dorinţa de a învăţa, asistenta îi va prezenta o vedere generală asupra a ceea ce i se va cere sa facă. I se va arăta cât de important este ca grupele mari de muşchi şi articulaţiile să nu fie încordate şi în tensiune; în timpul aplicării tehnicii de relaxare, asistenta va folosi o voce calmă, liniştită.

- Pacientul va fi rugat:
  - să se întindă foarte liniştit, astfel încât braţele, picioarele, spatele şi gâtul să fie într-o poziţie confortabilă
  - să-şi amintească un moment sau o ocazie din viaţa lui când s-a simţit foarte liniştit şi fericit
  - să închidă ochii şi să-şi concentreze gândurile asupra acestei amintiri
  - să inspire încet şi profund, de cinci ori, expirând lent aerul printre buzele strânse
  - să-şi relaxeze pieptul şi stomacul

- În continuare, pacientului i se recomandă:
  - să-şi încordeze muşchii (numărând în gând până la 8-10), apoi, să şi-i relaxeze (pe aceeaşi durată); se începe de la labele picioarelor şi se continuă cu tot corpul până la cap, în felul următor:
    - se încordează puternic degetele de la picioare, apoi, se relaxează
    - se încordează şi se relaxează gleznele
    - se continuă cu gambele-încordate-relaxate, imaginându-şi că membrele au devenit foarte grele, iar saltea le presează în sus
    - se încordează şi, apoi, se relaxează genunchiul.

Se continuă în acest fel, contractând fiecare muşchi şi numărând până la zece, iar apoi se relaxează. Tehnica include şi umerii: se ridică, apoi, se relaxează. De asemenea, se efectuează mişcări de flexie şi extensie ale degetelor de la mâini. Din când în când, i se sugerează pacientului că salteaua îi presează spatele, coatele sau o altă parte a corpului, acest lucru dându-i o senzaţie de plutire.

Aplicarea tehnicii de relaxare prezentate mai sus necesită aproximativ 15 minute. Metoda este deosebit de eficace atunci când pacientul o utilizează singur, de patru ori pe zi: dimineaţa la trezire, înainte de prânz, înainte de cină şi înainte de a merge la culcare.

Tehnica de relaxare, folosită în mod repetat, contribuie la scăderea nivelului de tensiune a pacientului în intervalele dintre exerciţii.

Un alt exerciţiu de relaxare este *meditaţia.*

Meditaţia

EXERCIŢII PENTRU MEDITAŢIE

a) Se stă în poziţie şezând sau culcat, cu ochii închişi, şi se încearcă relaxarea tuturor muşchilor, începând cu picioarele.

b) Se inspiră, lent, pe nas (se poate număra până la patru); se expiră lent, printre buze (se poate număra până la şase), în ritm natural.

c) Se supraveghează corpul pentru zonele de tensiune şi se relaxează conştient aceste zone; corpul să fie relaxat şi odihnit.

d) Se continuă respiraţia, aşa cum este descrisă mai sus, conştientizându-se sentimentul de bine al corpului; această etapă poate fi continuată timp de 10-20 de minute sau, după cinci minute, se poate trece la punctul e).

e) Se ascultă un sunet sau se vizualizează o imagine pentru relaxare, în timp ce se continuă exerciţiile descrise.

f) În acest moment, poate fi folosită autosugestia; de exemplu: „am controlul asupra întregului corp; atunci când sunt tensionat, mă pot opri, pentru a inspira tot aerul de care am nevoie şi pentru a alunga tensiunea".

g) După autosugestia mentală, se continuă respiraţia lentă şi se revine treptat la starea mentală normală.

h) Meditaţia poate fi folosită în orice moment în care este necesară obţinerea unei stări de relaxare (de exemplu, pentru a induce somnul).

„Îmbrăcămintea este cel mai evident indicator al apartenenței la diferitele subculturi."
(I. Chelcea)

6. NEVOIA DE A SE ÎMBRĂCA ȘI DEZBRĂCA

Definiție

Este o necesitate proprie individului de a purta îmbrăcăminte adecvată după circumstanțe, temperatura zilei, activitate, pentru a-și proteja corpul de rigorile climei (frig, căldură, umiditate), permițându-i o libertate a mișcărilor.

Veșmintele asigură o bună exigență și protecție a intimității sexuale și au, de asemenea, o semnificație aparte pentru un grup, o ideologie sau un statut social.

Veșmintele pot deveni element de prelungire a personalității, alegerea unui ornament, exprimând individualitatea, sentimentul de demnitate și autorespect.

Lipsa de îmbrăcăminte poate reprezenta o pierdere a libertății (când este obligat să poarte ceea ce nu-i face plăcere) și un mijloc de pedepsire.

Din punct de vedere al psihiatrilor, vestimentația este un semn de sănătate. O îmbrăcăminte bizară, stridentă, cu multe podoabe poate exprima chiar o boală psihică.

I. *Independența în satisfacerea nevoii*

Omul, contrar animalelor, are nevoie de haine cu care să se îmbrace, pentru a se proteja de rigorile climei; preocupat de sănătatea sa, el își alege veșmintele adecvate circumstanțelor și necesităților proprii.

Veșmintele atestă integritatea individului și îi protejează intimitatea sexuală. În plus, îmbrăcămintea, din punct de vedere estetic, contribuie la expresia corporală și participă, în mod semnificativ, la comunicare.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii

Biologici	– *Vârsta*: temperatura corpului variază în funcție de vârstă; individul își procură veșmintele adecvate pentru a se proteja împotriva variațiilor temperaturii mediului ambiant. – *Copiii mici și persoanele în vârstă* au temperatură corporală mai coborâtă decât persoanele adulte, deci trebuie să utilizeze veșminte mai călduroase (copiii au tendință mai mare de pierdere a temperaturii datorită unui sistem de autoreglare mai labil, fiind în dezvoltare, iar vârstnicii, datorită diminuării funcțiilor organismului). – *Talie, statură:* în vederea asigurării stării de bine, indivizii își aleg veșmintele în funcție de talie și statură. – *Activitate:* pentru confort și libertatea în mișcare, indivizii în funcție de activitate poartă veșmintele adecvate.
Psihologici	– *Credință:* indivizii care aderă la o religie sau la ideologie poartă veșminte sau obiecte care sunt semnificative pentru aceștia sau pentru comunitatea cărora le aparțin. În plus, purtarea uniformei permite indivizilor să se distingă în societate ca făcând parte dintr-un anumit grup. – *Emoțiile:* influențează alegerea și purtarea veșmintelor care permit exprimarea unor sentimente și a unei stări de confort psihic.
Sociologici și culturali	*Clima*: cea caldă obligă indivizii să-și aleagă veșminte care să le permită menținerea temperaturii corpului; pentru a împiedica acumularea de căldură și umiditate se vor purta veșminte albe, largi, ample, ușoare, în timp ce veșmintele de culoare închisă și groase mențin temperatura corpului în limite normale, împiedicând pierderea căldurii. *Statutul social*: societatea, prin normele sale, impune indivizilor un statut care-i obligă să se îmbrace și să poarte obiecte prin care să dovedească rangul lor social. După condițiile financiare, pot apărea limite în alegerea și purtarea îmbrăcămintei. *Munca:* condițiile de muncă pot, de asemenea, influența alegerea și purtarea veșmintelor. Siguranța muncii este dată de echiparea cu obiecte speciale de vestimentație, protectiv împotriva accidentelor, frigului, zgomotelor etc. *Cultura:* prin veșminte se poate contribui la conservarea tradițiilor și, de aceea, oamenii adoptă îmbrăcămintea care îi va distinge de ceilalți (portul popular).

Manifestări de independență

Semnificația veșmintelor	*Veșminte*: tot ceea ce acoperă corpul uman, îl ascunde și-l protejează – ele sugerează apartenența sau neapartenența la un grup social, profesional, cultural, religios etc.
Alegerea personală	– veșminte alese după gust și circumstanțe (personalitatea individului, ocazii festive, protejarea corpului de intemperii, preferințe vestimentare, modă)
Sortarea veșmintelor	– adecvate funcțiilor psihologice • în concordanță cu importanța acordată îmbrăcămintei și ținutei personale
Calitatea veșmintelor	– adecvate climatului, statutului socio-cultural

Proprietatea veşmintelor	– reliefează nivelul socio-economic, statutul social
Purtarea de obiecte semnificative	– pune în evidenţă rangul social, însemnătatea personală (prin medalion, talisman), funcţie religioasă, secta religioasă, calitatea de funcţionar de stat, ritualuri etc.
Exigenţe în intimitate	modă, norme sociale; ordonat, curat tot timpul, în orice activitate – funcţională, estetică
Capacitatea fizică de îmbrăcare şi dezbrăcare	– mobilitate articulară, tonus muscular, maturitate psiho-motorie
Talie şi statură	– vârstă, sarcină, grad de dezvoltare a ţesutului adipos etc.

– Intervenţiile asistentei –

Menţinerea independenţei

– învaţă persoana să-şi aleagă îmbrăcămintea corespunzătoare climei, temperaturii mediului înconjurător, activităţii, vârstei

– explorează gusturile şi semnificaţia veşmintelor la fiecare persoană

– încurajează persoana pentru a-şi alege singură îmbrăcămintea, ornamentele, accesoriile dorite

II. *Dependenţa în satisfacerea nevoii de a se îmbrăca şi dezbrăca*

Problemele de dependenţă în satisfacerea acestei nevoi sunt:

1. Dificultate de a se îmbrăca şi dezbrăca

2. Dezinteres pentru ţinuta vestimentară

3. Neîndemânare în a-şi alege haine potrivite (anexele 2 şi 3)

Surse de dificultate

De ordin fizic	*incapacitatea intrinsecă* – lezarea fizică (fracturi, arsuri, plăgi) – diminuarea motricităţii membrelor superioare (slăbiciune, paralizie, hipotonie, pareze) – absenţa unui membru superior sau unei porţiuni din membru (bont) *incapacitatea extrinsecă* – obstacole ce împiedică mobilizarea membrelor superioare (aparate gipsate, sisteme de imobilizare – chingi, benzi adezive, pansamente, plăgi) *dezechibre* – durere – slăbire – fatigabilitate
De ordin psihologic	– tulburări de gândire – anxietate – stres – pierderea imaginii de sine – pierderea/separaţia – situaţie de criză
De ordin socio-economic	– eşecuri – conflicte – sărăcie *pierderea cunoştinţei* – insuficienta cunoaştere de sine, a celorlalţi şi a mediului înconjurător
Lipsa de cunoaştere	– insuficienta cunoaştere de sine, a mediului înconjurător

Prezentăm două probleme de dependenţă

1. Dificultatea de a se îmbrăca şi dezbrăca
2. Dezinteresul pentru ţinuta vestimentară

Manifestări de dependenţă

Dificultatea/ incapacitatea de a se îmbrăca şi dezbrăca	– Dificultatea de a-şi încheia şi descheia nasturii – Dificultatea sau incapacitatea de a-şi mişca membrele superioare – Dificultatea de a se încălţa şi descălţa
Dezinteresul faţă de ţinuta sa	– Apatie în a se îmbrăca – Acces de melancolie
Refuzul de a se îmbrăca şi dezbrăca	

Alegerea inadecvată de veşminte	– Îmbrăcămintə exagerată, caraghioasă, coafuri bizare
Veşminte inconfor-tabile	– Neadecvate taliei; masei corporale
Dezbrăcare continuă	

– Intervenţiile asistentei –

Pacient cu dificultate de a se îmbrăca şi dezbrăca

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să cunoască importanţa satisfacerii de a se îmbrăca şi dezbrăca în termen de...	– educă pacientul privind importanţa vestimentaţiei în identificarea personalităţii – notează zilnic interesul persoanei pentru a se îmbrăca şi dezbrăca – supraveghează cu ce se îmbracă – explică legăturile dintre ţinuta vestimentară, imagine şi stima de sine – încurajează pacientul
Pacientul să se poată îmbrăca şi dezbrăca singur în termen de...	– identifică capacitatea şi limitele fizice ale persoanei îngrijite – îi acordă timp suficient pentru a se îmbrăca şi dezbrăca; recomandă, dacă ameţeşte, să se îmbrace în fotoliu şezând – sugerează aparţinătorilor să-i procure pacientului haine largi, uşor de îmbrăcat, cu mod de încheiere simplu; încălţăminte fără şiret – face zilnic exerciţii de motricitate fină cu pacientul descriindu-i gestica necesară îmbrăcării – asistenta îmbracă şi dezbracă pacientul în caz de paralizii ale membrelor, susţinând membrul paralizat în timpul îmbrăcării; începe îmbrăcarea cu membrul paralizat şi apoi cu cel sănătos şi dezbrăcarea în mod invers.
Pacientul cu tulburări psihice recâştigă independenţa de a se îmbrăca şi dezbrăca în termen de...	– evaluează gradul de confuzie şi observă schimbările de comportament, orientându-l regulat în timp şi spaţiu – solicită persoanei să se îmbrace, vorbindu-i clar, distinct, cu respect şi răbdare, respectând ritmul acesteia – explică gesturile pe care trebuie să le facă pentru a se îmbrăca, în limbaj inteligibil – aşază obiectele în cameră în aceeaşi ordine tot timpul, iar hainele în ordinea folosirii lor şi solicită pacientului la dezbrăcare să le pună în ordine inversă

Îmbrăcarea şi dezbrăcarea pacientului

Scop	– protejarea corpului şi asigurarea intimităţii
Intervenţiile asistentei	– alegerea lenjeriei în funcţie de: – sex (cămaşă de noapte sau pijama) – temperatura mediului – vârstă – talie şi statură (să asigure lejeritatea mişcării) – de integritate fizică şi psihică a pacientului (comodă şi cu mod simplu de încheiere) – pregătirea lenjeriei la îndemâna pacientului – explicarea tuturor gesturilor ce urmează a fi efectuate – încurajarea pacientului să participe, pe cât posibil, în funcţie de capacitatea şi limitele sale fizice – felicitarea pentru fiecare progres. – ajutarea pacientului în efectuarea tehnicii sau efectuarea integrală a tehnicii (la nevoie, se efectuează de către două asistente).

■ DE REŢINUT:
- în cazul afecţiunilor la nivelul membrelor superioare, se începe cu dezbrăcarea membrului sănătos, îmbrăcarea începând cu membrul afectat
- în cazul afecţiunilor la membrele inferioare, nu se recomandă pijamaua
- susţinerea membrului paralizat
- acordarea de timp suficient pacientului pentru a efectua tehnica
- abordarea pacientului cu răbdare şi calm

„Viaţa este ansamblul funcţiilor care rezistă morţii."
(Bichat)

7. NEVOIA DE A MENŢINE TEMPERATURA CORPULUI ÎN LIMITE NORMALE

Definiţie

Menţinerea temperaturii în limite normale este necesitatea organismului de a conserva o temperatură la un grad aproximativ constant, pentru a-şi menţine starea de bine.

I. *Independenţa în satisfacerea nevoii*

Temperatura corpului se menţine constantă datorită echilibrului dintre termogeneză şi termoliză. Menţinerea echilibrului este asigurată de funcţionarea centrilor termoreglatori, situaţi în hipotalamus.

În producerea de căldură – termogeneza – intervin procesele biochimice, căldura fiind rezultatul proceselor oxidate din organism, mai ales prin activitatea musculară şi glandulară.

În pierderea de căldură – termoliza – intervin mecanisme fizice, căldura pierzându-se prin piele, plămâni, rinichi.

Pierderile se realizează prin:

– *evaporare,* care reprezintă pierderea căldurii datorită eliminării transpiraţiei şi evaporării ei prin piele. Respiraţia antrenează o pierdere de căldură şi, astfel, răcirea corpului;

– *radiaţie,* care reprezintă pierderea căldurii sub formă de unde electromagnetice, atunci când temperatura mediului înconjurător este mai mică decât temperatura corpului;

– *conducţie,* care reprezintă pierderea căldurii prin contactul direct al corpului cu obiecte reci (băi reci, cuburi de gheaţă);

– *convecţie,* care reprezintă pierderea căldurii printr-o circulaţie de aer în jurul corpului (evantai, vânt rece).

Temperatura mediului înconjurător influenţează termogeneza astfel:

– când temperatura mediului înconjurător scade, pe cale reflexă, se produce o creştere a activităţii musculare (tremurături) şi deci se intensifică procesele oxidative;

– când temperatura mediului înconjurător creşte, se produce pe cale reflexă o diminuare a proceselor oxidative;

În pierderile de căldură intervin *mecanisme fizice:*

– *vasoconstricţie,* în caz de frig, deci pierderi reduse de căldură;

– *vasodilataţie,* în caz de temperatură crescută a mediului, deci pierderi mai mari de căldură.

Echilibrul dintre termogeneză şi termoliză se numeşte *homeotermie.*

Factorii care influenţează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *Vârsta* • Nou-născutul şi copilul mic au termoreglarea fragilă, datorită imaturităţii centrului reglator, de aceea temperatura lor corporală este uşor influenţată de cea a mediului ambiant. Temperatura corpului la nou-născut este cuprinsă între 36,1 şi 37,8° C. – *Adultul* îşi menţine temperatura corpului între 36-37° C – *Vârstnicul,* prin diminuarea proceselor nervoase, este predispus la temperaturi în jur de 35-36° C (prin diminuarea proceselor oxidative). – *Exerciţiul* – în timpul activităţii musculare foarte intense, temperatura corpului poate creşte cu 2,2-2,7° C peste valorile normale, dar revine când activitatea încetează. Temperatura corpului scade în timpul inactivităţii. – *Alimentaţia* – ingestia de alimente, în special proteinele, ridică temperatura corpului. – *Variaţia diurnă* – temperatura corpului variază în funcţie de ora zilei: este minimă între orele 3-5 dimineaţa (remisiune matinală), datorită diminuării proceselor metabolice în timpul somnului; este maximă seara, între orele 18-23 (exacerbarea vesperală); valorile matinale sunt cu 0,5° C mai mici decât vesperale – *Sexul* – la femei temperatura corporală înregistrează valori peste 37° C în a doua jumătate a ciclului menstrual, în timpul ovulaţiei.
Factori psihologici	– Anxietatea – *Emoţiile puternice* pot determina o creştere a temperaturii corporale
Factori sociologici	– *Locul de muncă* cu condiţii de creştere sau scădere a temperaturii mediului ambiant pot determina dereglări ale temperaturii corpului – *Climatul* – umed şi cald determină creşterea temperaturii corporale, climatul rece şi umed determină scăderea temperaturii corpului – *Locuinţa* – temperatura încăperii influenţează temperatura corpului. Astfel: camera supraîncălzită produce creşterea temperaturii corpului prin radiaţia aerului către individ. Acelaşi fenomen, în sens invers, se întâmplă când temperatura locuinţei este scăzută.

Manifestări de independenţă

Temperatura corporală	– nou-născut şi copilul mic 36,1-37,8° C – adult 36-37° C obţinută prin măsurare în cavitatea axilară – vârstnic 35-36° C – Prin măsurarea temperaturii în cavităţile închise (rect, vagin, cavitatea bucală) valorile sunt cu 0,3-0,5° C mai mari decât cele axilare.
Piele	– culoare roz, temperatură călduţă – transpiraţie minimă – senzaţie plăcută faţă de frig sau căldură
Temperatura mediului ambiant	– 18-25° C

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței în satisfacerea nevoii

- când temperatura mediului ambiant este crescută, învață pacientul:
  - să reducă din alimentație alimentele cu valoare calorică mare; de exemplu, grăsimile
  - să consume lichide și alimente reci
  - să aibă o bună ventilație în încăpere, la locul de muncă
  - să aibă îmbrăcăminte lejeră, amplă, de culoare albă
- când temperatura mediului ambiant este scăzută, învață pacientul:
  - să crească cantitatea de alimente, în general, și a celor calorigene, în special
  - să ingere lichide și alimente calde
  - să aibă în încăpere temperatura de 18-25° C
  - să poarte îmbrăcăminte călduroasă

II. *Depedența în satisfacerea nevoii de a menține constantă temperatura corpului*

Survin *două* **probleme de dependență:**
1. Hipertermia
2. Hipotermia

Sursele de dificultate ale acestor probleme de dependență

Surse de ordin fizic	– dereglări funcționale ale hipotalamusului, provocate de anomalii cerebrale, de substanțe toxice piretogene (bacterii, droguri) – imaturitatea sistemului de termoreglare – supraîncărcarea: căldura sau frigul excesiv la care este expus corpul – dereglări hormonale: hipo- sau hiperfuncția tiroidiană
Surse de ordin psihologic	– anxietatea – mânia
Surse de ordin sociologic	– umiditatea și temperatura ridicată din mediu – umiditatea și temperatura scăzută din mediu – calitatea necorespunzătoare a veșmintelor
Lipsa cunoașterii	– cunoștințe insuficiente despre mediul înconjurător, despre sine

Prezentăm cele două probleme de dependență

1. Hipertermia

Problema de dependență constă în ridicarea temperaturii corporale deasupra limitelor normale: 37° C la adult.

Hipertermia poate constitui un mecanism de apărare a organismului, pentru că, în momentul invaziei microbiene, determină producerea de anticorpi printr-o creștere a metabolismului.

Manifestări de dependență

Subfebrilitatea	– menținerea temperaturii corporale între 37-38° C
Febră moderată	– menținerea temperaturii corporale între 38-39° C
Febră ridicată	– menținerea temperaturii corporale între 39-40° C
Hiperpirexie	– menținerea temperaturii corporale peste 40° C
Frisoane	– contracții musculare puternice
Piele roșie, caldă, umedă	– pielea, la început, este palidă, apoi roșie, caldă și transpirată
Piloerecția	– piele de găină, senzație de frig
Sindrom febril	– grup de semne: cefalee, curbatură, tahicardie, tahipnee, inapetență, sete, oligurie, urini concentrate, convulsii, halucinații, dezorientare
Erupții cutanate	– macule, papule, vezicule, întâlnite în bolile infecțioase
Febră continuă	– menținerea temperaturii corporale în perioada de stare a bolii peste 37° C cu diferența sub 1° C între valorile înregistrate dimineața și seara
Febră intermitentă	– diferență de câteva grade între valorile înregistrate dimineața și seara în perioada de stare a bolii, cele mai mici valori scăzând sub 37° C
Febră remitentă	– diferență de câteva grade între valorile înregistrate dimineața și seara, în perioada de stare a bolii, dar cele mai mici valori nu scad sub 37° C
Febră recurentă	– perioade febrile de 4-6 zile, ce alternează cu perioade de afebrilitate de 4-6 zile, trecerile făcându-se brusc
Febră ondulantă	– perioade febrile, ce alternează cu perioade de afebrilitate, trecerea făcându-se lent

În evoluția oricărei febre (hipertermie) se disting *trei* perioade:
- perioada inițială (de debut)
- perioada de stare
- perioada de declin

Perioada de debut poate fi de câteva ore – debut brusc – sau de câteva zile – debut lent.

În evoluția oricărei febre (hipertermie) se disting *trei* perioade:
– perioada inițială (de debut)
– perioada de stare
– perioada de declin

Perioada de debut poate fi de câteva ore – debut brusc – sau de câteva zile – debut lent.

Perioada de stare poate să dureze zile sau săptămâni, aspectul curbei febrile fiind diferit, în funcție de boală.

Perioada de declin poate fi scurtă – declin în criză – sau de câteva zile – declin în liză.

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu hipertermie

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să-și mențină temperatura corpului în limite fiziologice	– aerisește încăperea – asigură îmbrăcăminte lejeră – aplică comprese reci, împachetări reci, pungă cu gheață, fricțiuni – încălzește pacientul în caz de frisoane – administrează medicația recomandată de medic: antitermice, antibiotice
Pacientul să fie echilibrat hidroelec-trolitic	– calculează bilanțul ingesta-excreta pe 24 ore – servește pacientul cu cantități mari de lichide
Pacientul să aibă o stare de bine fizic și psihic	– schimbă des lenjeria de pat și de corp – menține igiena tegumentelor – pregătește psihic pacientul, înaintea tehnicilor de recoltare și examinare

2. Hipotermia

Hipotermia reprezintă scăderea temperaturii corpului sub limite normale, cauzată de un dezechilibru între termogeneză și termoliză. Este mai puțin nocivă decât hipertermia.

În copilărie, hipotermia este cauzată de lipsa de maturitate a mecanismelor de termoreglare; la adult – *de expunerea prelungită la frig, de dereglări endocrine, de abuzul de sedative și alcool; la persoana vârstnică, cauza este încetinirea activității sistemului nervos.*

Manifestări de dependență

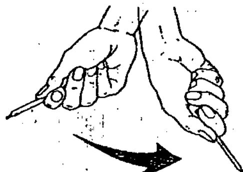
Hipotermie	– valori ale temperaturii corpului sub limita normală: 36° C
Hipotensiune arterială	– scăderea tensiunii arteriale
Cianoza	– colorație vineție a buzelor, unghiilor, urechilor
Eritem	– roșeața feții, urechilor, mâinilor
Edem generalizat	– tumefierea întregului corp
Durere	– la nivelul regiunii expuse la frig
Oboseală	– stare de epuizare musculară
Tulburări de vorbire	– vorbire lentă
Somnolență	– nevoie crescută de somn
Degerături	– leziuni de necroză la nivelul pielii, determinate de temperatura scăzută
Apatie	– indiferență
Parestezii	– senzație de amorțeli și furnicături în regiunea expusă la frig

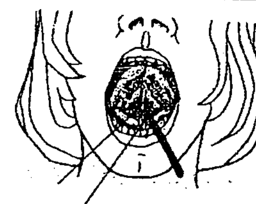
Pacient cu hipotermie

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să aibă tempera-tura corpului în limite fiziologice	– încălzește lent pacientul cu pături, termofoare – crește treptat temperatura mediului ambiant – recoltează sânge pentru cercetarea glicemiei, hemogramei, hematocritului – pregătește pacientul pentru EKG
Pacientul să fie echilibrat hidroelectro-litic	– adiministrează lichide ușor călduțe, în cantități mici, la intervale regulate de timp – calculează raportul ingesta-excreta pe 24 ore
Pacientul să-și păs-treze integri-tatea tegu-mentelor	– pune extremitățile pacientului în apă călduță de 37° C – masează extremitățile – administrează tratamentul prescris: antibiotice, corticoizi, analgezice

Tehnici de evaluare și îngrijiri asociate nevoii de a menține temperatura corpului în limite normale

Măsurarea temperaturii

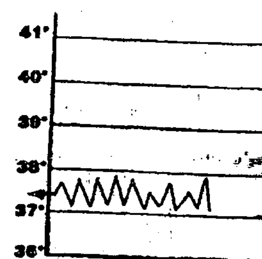
Scop	– evaluarea funcției de termoreglare și termogeneză
Locuri de măsurare	axilă, plica inghinală, cavitatea bucală, rect, vagin
Materiale necesare	– termometru maximal – casoletă cu tampoane de vată și comprese sterile – recipient cu soluție dezinfectantă – tavă medicală – lubrifiant – alcool medicinal – ceas
Intervențiile asistentei	– pregătirea materialelor lângă pacient – pregătirea psihică a pacientului – spălarea pe mâini – se scoate termometrul din soluția dezinfectantă, se clătește și se șterge cu o compresă, se scutură (Fig. 50) – se verifică dacă este în rezervor mercurul  *Fig. 50* – Scuturarea termometrului a) pentru măsurarea în axilă (Fig. 51) – se așază pacientul în poziție de decubit dorsal sau în poziția șezând – se ridică brațul pacientului – se șterge axila prin tamponare cu prosopul pacientului – se așază termometrul cu rezervorul de mercur în centrul axilei, paralel cu toracele – se apropie brațul de trunchi, cu antebrațul flectat pe suprafața anterioară a toracelui – dacă pacientul este slăbit, agitat, precum și la copii, brațul va fi menținut în această poziție de către asistentă – termometrul se menține timp de 10 minute b) pentru măsurarea în cavitatea bucală (Fig. 52): – se introduce termometrul în cavitatea bucală sub limbă sau pe latura externă a arcadei dentare – pacientul este rugat să închidă gura și să respire pe nas – se menține termometrul timp de 5 minute c) pentru măsurarea rectală: – se lubrifiază termometrul – se așază pacientul în decubit lateral, cu membrele inferioare în semiflexie, asigurându-i intimitatea  *Fig. 51* – Măsurarea temperaturii în axilă

	– se introduce bulbul termometrului în rect, prin mișcări de rotație și înaintare – termometrul va fi ținut cu mâna tot timpul măsurării – se menține termometrul 3 minute – după terminarea timpului de menținere a termometrului, acesta se scoate, se șterge cu o compresă – se citește gradația la care a ajuns mercurul termometrului  *Fig. 52* – Măsurarea temperaturii în cavitatea bucală – se spală termometrul, se scutură – se introduce în recipientul cu soluție dezinfectantă (sol. cloramină 1%) – se notează valoarea obținută, pe foaia de temperatură – notarea unui punct pe verticală, corespunzătoare datei și timpului zilei, socotind, pentru fiecare linie orizontală a foii, două diviziuni de grad – se unește valoarea prezentă cu cea anterioară, pentru obținerea curbei termice – în alte documente medicale, se notează cifric – interpretarea curbei termice

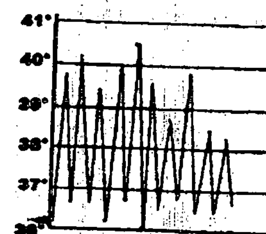
■ DE REȚINUT:

- în mod curent, temperatura se măsoară dimineața, între orele 7 și 8, și după-amiaza, între orele 18 și 19
- temperatura axilară reprezintă temperatura externă a corpului, ea fiind cu 4-5 zecimi de grad mai joasă decât cea centrală
- măsurarea temperaturii în cavitatea bucală este contraindicată la copii, la pacienții agitați, la cei cu afecțiuni ale cavității bucale; înainte cu 10 minute de introducerea termometrului în cavitatea bucală, pacientul nu va consuma lichide reci sau calde și nici nu va fuma
- temperatura măsurată rectal este mai mare decât cea măsurată axilar cu 0,4-0,5°
- măsurarea temperaturii în rect este contraindicată la pacienții agitați și la cei cu afecțiuni rectale; pentru măsurarea rectală, copiii mici sunt așezați în decubit dorsal, cu picioarele ridicate, sau în decubit ventral
- măsurarea temperaturii în vagin urmărește aceleași etape ca la măsurarea rectală, introducându-se termometrul în vagin; este contraindicată în bolile aparatului genital feminin; valoarea ei este mai mare cu 0,5° decât cea axilară
- pentru măsurarea temperaturii corpului se mai pot utiliza termometre cutanate și termometre electronice.

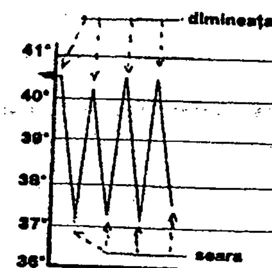
Ziua					4 I		5 I		6 I		7 I		8 I		9 I		10 I		11 I		12 I		13 I		14 I	
Zile de boală					1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
D	R	T.A.	P	T	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S
3000	60	30	160	41°																						
2500	50	25	140	40°																						
2000	40	20	100	38°																						
1500	30	15	100	38°																						
1000	20	10	80	37°																						
500	10	5	60	36°																						
0	0	0	40	35°																						



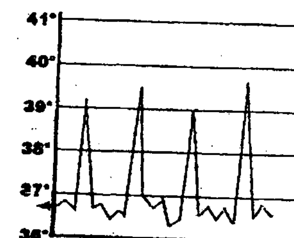
a) subfebrilitate



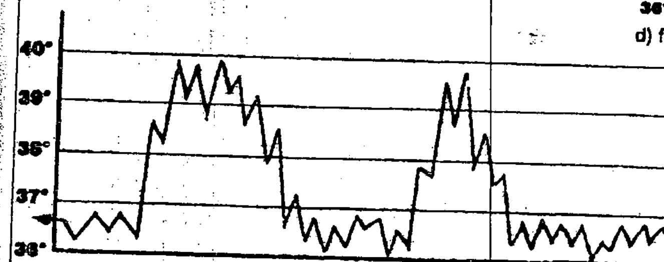
c) febră intermitentă



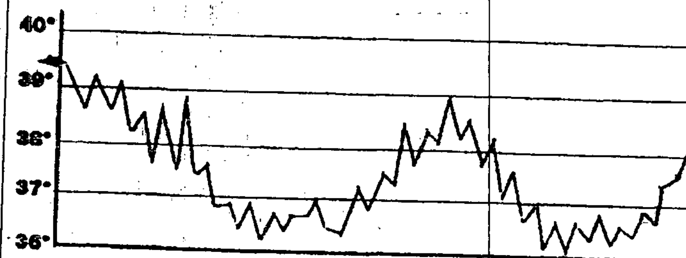
b) febră inversă



d) febră intermitentă periodică



e) febră recurentă



f) febră ondulantă

„Rana dacă se deschide anevoie se închide."
(proverb românesc)

8. NEVOIA DE A FI CURAT, ÎNGRIJIT, DE A PROTEJA TEGUMENTELE ȘI MUCOASELE

Definiție:

A fi curat, îngrijit și a-ți proteja tegumentele și mucoasele sunt o necesitate pentru a-ți menține o ținută decentă și pielea sănătoasă, așa încât aceasta să-și poată îndeplini funcțiile:

I. *Independența în satisfacerea nevoii*

Datorită alcătuirii sale variate, pielea îndeplinește o serie de funcții, și anume:
– apără organismul împotriva agenților patogeni, împiedicând pătrunderea acestora
– îl apără împotriva unor radiații (ultraviolete), prin pigmenții pe care îi conține
– recepționează excitațiile termice, tactile și dureroase
– participă la excreția substanțelor rezultate din metabolism: prin glandele sudoripare, elimină apă, clorură de sodiu, uree, glucoză, corpi cetonici
– participă la termoreglare atât prin termoliză, cât și prin menținerea temperaturii, prin stratul adipos ce are rol de izolator termic
– participă la absorbție (unele medicamente pot fi absorbite prin piele, intrând apoi în circulația generală)
– participă la respirație, o cantitate mică de O_2 poate intra prin piele; la fel, se elimină o cantitate mică de CO_2.

Pentru a îndeplini aceste roluri trebuie ca pielea să fie curată, sănătoasă și îngrijită. Pielea se prelungește prin mucoase care acoperă orificiile (nas, ochi, urechi, vagin, rect), care la rândul lor trebuie să fie curate și îngrijite pentru a asigura binele individului și buna funcționare a organelor respective.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *Vârsta.* La copil și persoanele în vârstă, pielea este mai sensibilă, mai puțin rezistentă la variații de temperatură, la microbi și la infecții. În urma îmbătrânirii, dinții pot să slăbească în rezistență și cad, părul devine mai puțin rezistent și la fel unghiile. – *Temperatura.* Datorită variațiilor de temperatură, pielea se usucă, se deshidratează. Când temperatura este prea ridicată, pielea participă la termoreglare prin glandele sudoripare, eliminând o cantitate de sudoare (transpirație). – *Exercițiile fizice.* Acestea ameliorează circulația și facilitează eliminarea deșeurilor din organism prin piele. – *Alimentația.* Absorbția unei cantități suficiente de lichide dă elasticitate pielii
Factori psihologici	– *Emoțiile.* Pot crește sudorația; pielea este acoperită de transpirație și necesită măsuri specifice de igienă – *Educația.* În funcție de educație, indivizii au deprinderi igienice diferite, unii acordându-le o atenție deosebită, alții mai puțin.
Factori sociologici	– *Cultura.* Importanța curățeniei diferă după nivelul de cultură. Indivizii au obiceiuri de igienă și curățenie care variază ca frecvență și manifestare. – *Curentul social.* Apar obiceiuri de igienă și curățenie după modă (coafură, produse cosmetice etc.) – *Organizarea socială.* Obiceiuri de igienă în funcție de condițiile fizice, materiale sau de promiscuitate.

Manifestări de independență

păr	– lungime, suplețe, strălucire
urechi	– configurație normală, curățenie
nas	– mucoasă umedă, fose nazale libere
cavitate bucală	– dentiție albă, completă, fără carii – mucoasa bucală umedă și roz – gingiile aderente dinților și roz
unghii	– curate, tăiate scurt, culoare roz
piele	– curată, netedă, catifelată, elastică, pigmentată normal
deprinderi igienice	– baie, duș (frecvență, durată) – spălarea dinților (frecvență, periaj corect, produse folosite) – spălarea părului (frecvență, produse folosite)

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței în satisfacerea nevoii

– explorează obiceiurile pacientului
– planifică un program de igienă cu pacientul, în funcție de activitățile sale
– îl învață măsuri de igienă corporală

II. *Dependența în satisfacerea nevoii*

Când această nevoie nu este satisfăcută, apar cinci **probleme de dependență:**
1. **Carențe de igienă**
2. **Alterarea tegumentelor și a fanerelor**
3. **Dezinteres față de măsurile de igienă** (vezi anexele 2 și 3)
4. **Dificultate de a urma prescripțiile de igienă** (vezi anexa 2)
5. **Alterarea mucoaselor** (vezi anexa 3)

Surse de dificultate

Surse de ordin fizic	– *insuficienţă intrinsecă:* – slăbiciunea sau paralizia membrelor superioare – lezare fizică – circulaţie inadecvată – *insuficienţă extrinsecă:* – orice piedică a mişcării – imobilitate – puncte de presiune – *dezechilibru:* – durere – slăbiciune – dezechilibru endocrin
Surse de ordin psihologic	– tulburări de gândire – anxietate, stres – pierderea imaginii corporale – situaţie de criză
Surse de ordin sociologic	– sărăcie – eşec – conflict
Lipsa cunoaşterii	– lipsă de cunoştinţe – insuficienta cunoaştere de sine, a altora şi a mediului înconjurător

Prezentăm două probleme de dependenţă

1. Carenţe de igienă

Neglijenţa în măsurile de igienă sau incapacitatea de a se păstra curat, fie din cauza bolii sau a slăbiciunii, fie prin refuzul de a se spăla, are drept consecinţă aparenţa de neîngrijit. Tegumentele sunt murdare şi lasă poartă deschisă infecţiilor.

Manifestări de dependenţă

părul	– murdar şi gras, în dezordine – pediculoză
urechile	– murdărie acumulată în conductul auditiv extern – pavilioane murdare – murdărie retroauriculară
nasul	– rinoree – cruste
cavitatea bucală	– absenţa dinţilor – carii dentare – culoare galbenă a dinţilor – proteze dentare neîngrijite – prezenţa tartrului pe dinţi (depuneri dure şi adezive) – halenă fetidă (miros neplăcut al gurii) – limbă încărcată – fisuri ale buzelor
unghiile	– netăiate – murdărie acumulată la capătul unghiilor
pielea	– gri sau neagră, în anumite locuri – barbă murdară – aspră
deprinderi igienice	– nu se spală – nu se piaptănă – dezinteres faţă de măsurile de igienă – degajă miros dezagreabil

– Intervenţiile asistentei –

Pacient cu carenţe igienice

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să prezinte tegumentele şi mucoasele curate	– ajută pacientul, în funcţie de starea generală, să îşi facă baie sau duş, sau îi efectuează toaleta pe regiuni – pregăteşte materialele pentru baie – pregăteşte cada – asigură temperatura camerei (20-22° C) şi a apei (37-38° C) – ajută pacientul să se îmbrace, să se pieptene, să-şi facă toaleta cavităţii bucale, să-şi taie unghiile – pentru efectuarea toaletei pe regiuni, pregăteşte salonul şi materialele, protejează pacientul cu paravan şi-l convinge cu tact şi cu blândeţe să accepte – efectuează toaleta cavităţii bucale la pacienţii inconştienţi
Bolnavul să-şi redobândească stima de sine	– identifică, împreună cu pacientul cauzele şi motivaţia preocupării pentru aspectul fizic şi îngrijirile igienice – ajută pacientul să-şi schimbe atitudinea faţă de aspectul său fizic şi faţă de îngrijirile igienice – conştientizează pacientul în legătură cu importanţa menţinerii curate a tegumentelor, pentru prevenirea îmbolnăvirilor

2. Alterarea tegumentelor şi fanerelor

Leziunile la nivelul tegumentelor pot fi cauzate de diminuarea circulaţiei sanguine în punctele de presiune, prin iritaţia produsă de veşminte (haine necorespunzătoare) şi prin acumulare de murdărie.

Organismul uman, prin funcţia de apărare a pielii, este protejat împotriva agenţilor externi. Totuşi, aceştia reuşesc, uneori, în funcţie de gradul de vulnerabilitate, să provoace leziuni.

O presiune exercitată un anumit timp asupra unei regiuni, prin tulburările trofice pe care le determină, produce apariţia escarelor sau chiar necroza ţesutului.

Murdăria acumulată la nivelul pielii produce cruste ce pot degenera în ulceraţii.

Orice leziune a pielii este o poartă de intrare a germenilor patogeni, de unde rezultă importanţa menţinerii integrităţii ei.

Manifestări de dependenţă

eritem	– pată congestivă datorată vasodilataţiei
excoriaţii	– pierdere de substanţă superficială, apărută în urma unui traumatism (frecvent după prurit)
cruste	– leziune elementară secundară, datorită uscării unei serozităţi provenite dintr-o ulceraţie (veziculă, flictenă); se prezintă ca mici depozite de fibrină, provenită din plasma sanguină
vezicule	– ridicături ale epidermului (băşici) rotunde, de dimensiuni mici, pline cu lichid clar şi de cele mai multe ori însoţite de prurit şi durere
pustule	– abces minuscul la suprafaţa tegumentului, localizat la rădăcina firului de păr şi constituind aşa-numitele leziuni de foliculită (coşuri); pot fi primitive sau secundare, prin infectarea veziculelor care se pustulizează
papule	– leziuni caracterizate printr-o ridicătură circumscrisă şi solidă la suprafaţa pielii; ea se datorește fie unei îngroşări a pielii (hipertrofie), fie unei infiltraţii apoase (edem local)
fisuri	– întreruperi liniare ale continuităţii tegumentului
descuamaţie	– desprinderea celulelor cornoase, superficiale, din epidermă (furfuracee, pitiriazică, lamelară sau în lambour)
acnee	– pustulă determinată de un agent patogen specific
furuncule	– infecţie specifică foliculului pilosebaceu, produsă de stafilococul auriu
intertrigo	– micoză cutanată, situată la nivelul plicilor şi interdigital, caracterizată prin eritem pruriginos, apoi, decolorare epidermică, secreţie şi depozit albicios, prin macerarea epidermei cornoase cu fisurarea fundului pliului

vitiligo	– leuco-melano-dermie de natură, probabil, neuroendocrină, caracterizată prin pete acromice, mărginită de o zonă hiperpigmentată
ulceraţii	– pierdere de substanţă rezultând dintr-un proces patologic ce acţionează asupra pielii; poate fi superficială (eroziune) sau profundă (exulceraţie şi ulceraţie propriu-zisă)
escare	– distrugeri tisulare ca urmare a unui deficit de nutriţie locală – de obicei, prin leziuni vasculare sau prin compresiune continuă; se pot produce şi prin acţiunea directă a unor factori infecţioşi sau prin toxinele lor, sau sub acţiunea unor substanţe chimice caustice
edeme	– acumulare de lichid seros în ţesuturi
varice	– dilatări permanente ale venelor superficiale, însoţită de insuficienţa valvulelor peretelui venos; sensul circulaţiei venoase este inversat în ortostatism
hemoroizi	– afecţiuni ale plexurilor venoase anale şi din partea terminală a rectului, constând în dilatarea acestor vene, cu apariţia de procese inflamatorii şi trombotice
ulcere varicoase	– erodare a ţesutului pe teren varicos
alopecie	– lipsa parţială sau totală a părului

- Intervenţiile asistentei -

Pacient cu alterarea tegumentelor şi fanerelor

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să nu devină sursă de infecţii nosocomiale	– ia măsuri de prevenire a infecţiilor nosocomiale – leziunile care s-au suprainfectat vor fi protejate cu pansament efectuat în condiţii de perfectă asepsie, atât a tegumentelor, materialelor cât şi a mâinilor persoanei care îl execută – pansamentul se va face cu blândeţe, pentru a nu distruge ţesuturile nou formate prin procesul de vindecare – desfacerea pansamentelor se va face blând, umezindu-le la nevoie – supraveghează ca pansamentele să nu fie prea strânse, pentru a nu împiedica circulaţia sanguină

Pacientul să fie echilibrat nutrițional, pentru favorizarea cicatrizării leziunilor cutanate	– multe dintre leziuni sunt determinate de hipersensibilitatea organismului față de unele alimente; ca urmare, asistenta îndrumă pacientul să consume alimente neiritante și neexcitante – controlează alimentele provenite de la aparținători – învață pacientul să consume legume, făinoase, fructe și zarzavaturi – conștientizează pacientul și familia în legătură cu rolul nociv al alcoolului, cafelei, condimentelor, alimentelor prăjite, conservelor, afumăturilor
Pacientul să aibă o stare de bine fizic și psihic	– încurajează pacientul în permanență (leziunile sunt supărătoare prin pruritul pe care îl produc, prin aspectul dizgrațios prin posibilitatea de a lăsa cicatrice) – îi explică necesitatea intervențiilor – prelevează produse specifice pentru investigații de laborator (cruste, puroi, fire de păr, unghii)

Tehnici de evaluare și îngrijiri asociate nevoii de a fi curat, îngrijit, de a proteja tegumentele și mucoasele

Toaleta pacientului

Generalități

Toaleta pacientului face parte din îngrijirile de bază, adică din îngrijirile acordate de asistenta medicală cu scopul de a asigura confortul și igiena bolnavului.

Constă în menținerea pielii în stare de curățenie perfectă și în prevenirea apariției leziunilor cutanate, fiind o condiție esențială a vindecării.

Toaleta pacientului poate fi:
- zilnică – pe regiuni
- săptămânală sau baia generală

În funcție de tipul pacientului, acesta:
- n-are nevoie de ajutor
- are nevoie de sprijin fizic și psihic
- are nevoie de ajutor parțial
- necesită ajutor complet

● **Obiective:**

– îndepărtarea de pe suprafața pielii a stratului cornos descuamat și impregnat cu secrețiile glandelor sebacee și sudoripare, amestecate cu praf, alimente, resturi de dejecții și alte substanțe străine, care aderă la piele
– deschiderea orificiilor de excreție ale glandelor pielii
– înviorarea circulației cutanate și a întregului organism
– producerea unei hiperemii active a pielii, care favorizează mobilizarea anticorpilor
– liniștirea bolnavului, crearea unei stări plăcute de confort.

● **Principii:**

– se apreciază starea generală a bolnavului, pentru a evita o toaletă prea lungă, prea obositoare
– se verifică temperatura ambiantă, pentru a evita răcirea bolnavului
– se evită curenții de aer prin închiderea geamurilor și a ușilor
– se izolează bolnavul (dacă e posibil printr-un paravan) de anturajul său
– se pregătesc în apropiere materialele necesare toaletei, schimbării lenjeriei patului și a bolnavului și pentru prevenirea escarelor
– bolnavul va fi dezbrăcat complet și se va acoperi cu cearșaf și pătură
– se descoperă progresiv numai partea care se va spăla
– se stoarce corect buretele sau mănușa de baie, pentru a nu se scurge apa în pat sau pe bolnav
– se săpunește și se clătește cu o mână fermă, fără brutalitate, pentru a favoriza circulația sanguină
– apa caldă trebuie să fie din abundență, schimbată de câte ori este nevoie, fără a se lăsa săpunul în apă
– se insistă la pliuri, sub sâni, la mâini și în spațiile interdigitale, la coate și axile
– se mobilizează articulațiile în toată amplitudinea lor și se masează zonele predispuse escarelor
– ordinea în care se face toaleta pe regiuni: spălat, clătit, uscat
– se mută mușamaua și aleza de protecție, în funcție de regiunea pe care o spălăm.

● **Etapele toaletei**

Se va respecta următoarea succesiune: se începe cu fața, gâtul și urechile; apoi, brațele și mâinile, partea anterioară a toracelui, abdomen, fața anterioară a coapselor; se întoarce bolnavul în decubit lateral și se spală spatele, fesele și fața posterioară a coapselor, din nou în decubit dorsal, se spală gambele și picioarele, organele genitale externe – îngrijirea părului, toaleta cavității bucale.

Igiena cavității bucale la bolnavul inconștient și comatos și prevenirea uscării corneei → vezi **„Breviar de explorări funcționale și de îngrijiri speciale acordate bolnavului" – Lucreția Titircă,** *Editura Viața Medicală Românească,* București, 1994.

■ **DE ȘTIUT:**

– înainte de a începe baia pe regiuni, asistenta va colecta date cu privire la starea pacientului – puls, tensiune, respirație –, ce mobilizare i se permite în ziua respectivă, dacă se poate spăla singur, pe care parte a corpului;
– toaleta pe regiuni a pacientului imobilizat la pat permite examinarea tegumentelor și observarea unor modificări – de exemplu, roșeață, iritație – și luarea unor măsuri terapeutice;
– pentru activarea circulației sanguine, după spălarea întregului corp, se fricționează cu alcool mentolat îndeosebi regiunile predispuse la escare;
– pacienții care se pot deplasa vor face baie la duș sau la cadă, sub supravegherea personalului de îngrijire.

■ **DE EVITAT:**

– în timpul băii pe regiuni a pacientului imobilizat la pat, udarea aparatului gipsat, a pansamentului.

Executarea îngrijirilor

ÎNGRIJIREA OCHILOR

Scop	– prevenirea infecțiilor oculare – îndepărtarea secrețiilor
Pregătiri	• *materiale* – apă, prosop, tampoane din tifon, comprese, mănuși de baie • *pacientul* – se informează (îngrijirea se face în cadrul toaletei zilnice)
Tehnica	– se îndepărtează secrețiile oculare de la comisura externă spre cea internă, cu ajutorul unui tampon steril – se spală ochii cu mâna acoperită cu mănuși, se limpezesc și se șterg cu prosopul curat

■ DE ȘTIUT:
– la pacientul inconștient, prin lipsa reflexului palpebral, pentru a menține suplețea corneei, se picură „lacrimi artificiale" în fiecare ochi; iar dacă ochiul rămâne deschis (corneea se usucă), se aplică comprese îmbibate în ser fiziologic și se îndepărtează în mod regulat secrețiile oculare.

ÎNGRIJIREA MUCOASEI NAZALE

Scop	– menținerea permeabilității căilor respiratorii superioare – prevenirea escarelor, infecțiilor nazale, în cazul în care pacientul prezintă sonde introduse pe această cale (pentru oxigenoterapie, pentru evacuarea conținutului gastric).
Pregătiri	• *materiale* – tampoane sterile, montate pe bastonașe, ser fiziologic, H_2O_2 diluată, tăviță renală, mănuși de cauciuc • *pacientul* – se informează, i se explică necesitatea tehnicii, i se întoarce capul ușor într-o parte
Tehnica	– se curăță fosele nazale, fiecare cu câte un tampon umezit în ser fiziologic – dacă pacientul prezintă o sondă: – se dezlipește romplastul cu care este fixată – se retrage sonda 5-6 cm – se curăță tubul cu un tampon de urmele de romplast – se îndepărtează crustele după mucoasa nazală cu tamponul umezit în apă oxigenată diluată – se reintroduce sonda gastrică, iar sonda pentru oxigenoterapie se poate reintroduce în cealaltă fosă nazală – se fixează sonda
Îngrijiri ulterioare	– se controlează funcționalitatea sondelor după curățarea mucoasei nazale – se supraveghează respirația pacientului

■ DE EVITAT:
– contactul mâinilor cu secrețiile nazale

ÎNGRIJIREA URECHILOR

Scop	– menținerea stării de curățenie a pavilionului urechii și a conductului auditiv extern – îndepărtarea depozitelor naturale (cerumen) sau a celor patologice
Pregătiri	• *materiale* – tampoane sterile, montate pe bețișoare, tăviță renală, apă, săpun, mănușă de baie, prosop • *pacientul* – se informează – se întoarce cu capul pe partea opusă
Tehnică	– se curăță conductul auditiv extern cu tamponul uscat – se spală pavilionul urechii cu mâna acoperită cu mănușa de bumbac cu săpun, curățind cu atenție șanțurile pavilionului și regiunea retroauriculară – se limpezește, se usucă cu prosopul pavilionul urechii și conductul auditiv extern index / mediu / police *Fig. 53 – Curățarea conductului auditiv extern*
Îngrijiri ulterioare	– se introduce în conductul auditiv extern un tampon de vată absorbant

■ DE ȘTIUT:
• fiecare ureche se curăță cu un tampon separat
• dacă prin conductul auditiv extern se scurge l.c.r. sau sânge, va fi informat medicul

■ DE EVITAT:
• introducerea tamponului peste limita vizibilității (pericol de lezare a timpanului)

Scop	– obținerea unei stări de bine a pacientului – profilaxia cariilor dentare – profilaxia infecțiilor cavității bucale
Pregătiri	• *materiale* – pentru *pacientul conștient:* periuță, pastă de dinți, prosop, tăviță renală, pahar cu apă – pentru *pacientul inconștient:* comprese, tampoane sterile din tifon, instrumentar steril (deschizător de gură, spatulă linguală, pensă porttampon), glicerină boraxată 20%, tăviță renală, mănuși de cauciuc sterile • *pacientul* – *conștient:* este așezat în poziție șezând sau în decubit lateral stâng, cu prosopul în jurul gâtului – *inconștient:* poziție în decubit dorsal, capul într-o parte, cu prosopul sub bărbie
Tehnica	– *pacientul conștient* este servit, pe rând, cu materialele și ajutat să-și facă toaleta cavității bucale – *pacientul inconștient:* – se introduce deschizătorul de gură între arcadele dentare – se șterg limba, bolta palatină, suprafața internă și externă a arcadelor dentare cu tampoane îmbibate în glicerină boraxată, cu mișcări dinăuntru în afară – se șterg dinții cu un alt tampon – la sfârșit se ung buzele
Îngrijiri ulterioare	– se strâng materialele – se așază pacientul în poziție confortabilă

■ DE ȘTIUT:

• la pacienții inconștienți, care prezintă proteză dentară, aceasta se va scoate, spăla și păstra într-un pahar mat cu apă

• toaleta cavității bucale la pacientul inconștient se poate face și cu indexul acoperit cu un tampon de tifon, mâna fiind îmbrăcată în mănușă

■ DE EVITAT:

• contactul mâinilor cu secreția salivară a pacientului sau cu materialul folosit

Scop	– obținerea unei aparențe îngrijite a pacientului – îndepărtarea depozitului subunghial, care conține germeni patogeni – evitarea leziunilor cutanate prin grataj la pacienții cu prurit și de asemenea la pacienții agitați Zilnic: unghiile se spală cu apă și săpun și cu periuța de unghii. Pentru spălarea piciorului, acesta va fi introdus într-un lighean cu apă, după care se va face tăierea unghiilor.
Pregătiri	• *materiale* – apă, săpun, periuță, forfecuță de unghii, pilă, prosop • *pacientul* – se informează, se așează comod, relaxat
Tehnica incorect corect	– se taie unghiile cu atenție, la nivelul degetului, pentru a degaja părțile laterale spre a nu se aduna murdăria, apoi, se pilesc; mâna sau piciorul se așază pe un prosop pe care se adună fragmentele tăiate

■ DE ȘTIUT:

– instrumentele după utilizare se dezinfectează

■ DE EVITAT:

– lezarea țesuturilor adiacente (risc de hemoragie la hemofilici, risc de infecții
– panariții – la diabetici)

ÎNGRIJIREA PĂRULUI

Scop	– pentru starea de bine a pacientului – igienic – spălare la una-două săptămâni, la pacientul cu spitalizare îndelungată – distrugerea paraziților – pregătirea pentru examen E.E.G. – pregătirea pentru operație la față, nas
Contraindicații	– fracturi ale craniului, traumatisme mari, pacienți cu stare generală alterată, febrili, cu boli ale pielii capului Zilnic: se face perierea, pieptănarea și, eventual, împletirea părului
Pregătiri	• *Condiții de mediu:* – temperatura 22-24°C – închiderea ferestrelor, evitarea curenților de aer

	• *materiale* – pieptene, şampon, săpun insecticid (dacă este cazul), uscător, lighean, apă caldă, muşama, aleză, prosoape • *pacientul* – se informează – poziţia se alege în funcţie de starea sa (Fig. 54): – şezând pe un scaun – şezând în pat – decubit dorsal în pat, cu salteaua îndoită sub torace – decubit dorsal, oblic în pat *Fig. 54 – Poziţiile pacientului pentru spălarea părului* *a) şezând pe scaun; b) şezând în pat; c) decubit dorsal (salteaua îndoită, acoperită cu muşama, şi ligheanul pe somieră); d) decubit dorsal, oblic în pat*
Tehnica	– se pregăteşte patul şi se protejează cu muşama şi aleză – se umezeşte părul, se şamponează – se masează uşor pielea capului cu pulpa degetului, se spală de două-trei ori – se limpezeşte părul din abundenţă, se acoperă cu prosopul uscat – se usucă părul, se piaptănă cu blândeţe
Îngrijiri ulterioare	– se acoperă capul pacientului cu o băsmăluţă – se reinstalează pacientul în poziţie confortabilă – obiectele folosite se dezinfectează

TOALETA INTIMĂ

Scop	– igienic – menţinerea unei stări de confort fizic Părţile intime ale corpului sunt expuse infecţiilor, ulcerelor de presiune, mirosurilor neplăcute, având în vedere anatomia şi fiziologia lor (pliuri ale pielii, orificii naturale ale corpului, glande, organe excretoare). Se execută de mai multe ori pe zi la pacienţii inconştienţi, cu sonde vezicale, înaintea intervenţiilor chirurgicale în regiunea anală, organe genitale sau pe căile urinare şi în perioadele menstruale. Dacă pacientul este independent, i se pregătesc materialele pentru a se îngriji singur.
Pregătiri	• *materiale* – paravan, două bazinete, tampoane sterile din vată, pensă porttampon, cană cu apă caldă, săpun lichid, prosop, mănuşă de cauciuc, mănuşă de baie, muşama, aleză; se controlează temperatura apei • *pacientul* – se informează, se asigură intimitatea – se pregăteşte patul cu muşama, pacientul fiind în poziţie ginecologică – se serveşte un bazinet pentru a-şi goli vezica urinară – rămâne în poziţie ginecologică cu al doilea bazinet curat sub regiunea sacrată
Tehnica	– se îmbracă mănuşa de cauciuc, apoi cea de baie – se spală regiunea dinspre simfiza pubiană spre anus, turnând apă şi săpun lichid – se limpezeşte abundent – se scoate bazinetul – se usucă regiunea genitală anală, pliurile – se pudrează cu talc pliurile
Îngrijiri ulterioare	– se îndepărtează materialele, se aranjează patul – pacientul este aşezat comod

■ DE ŞTIUT:

• spălarea organelor genitale externe se poate face cu tampoane de vată montate pe pensa porttampon

• la bărbat, se degajă glandul de prepuţ şi se spală cu prudenţă (se previne pătrunderea săpunului în uretră)

■ DE EVITAT:

• contaminarea regiunii genitale cu microorganisme din regiunea anală, prin mişcări de spălare dinspre anus spre simfiza pubiană.

Definiție

Escarele sunt leziuni ale tegumentelor interpuse între două planuri dure (os și pat).

Cauzele pot fi:

a) generale sau determinate, de exemplu:
- paralizii ale membrelor
- stări de subnutriție
- obezitate
- vârstă
- bolnavi adinamici cu ateroscleroză

b) locale sau favorizante, în evitarea cărora intervine asistenta medicală:
- menținerea îndelungată în aceeași poziție
- cute ale lenjeriei de pat și de corp
- firimituri (biscuiți, pâine, gips)
- igienă defectuoasă

Regiuni expuse escarelor (Fig. 55)

a) Decubit dorsal și anume:
- regiunea occipitală
- omoplați
- coate
- regiunea sacrococcigiană
- călcâie

b) Decubit lateral
- umăr
- regiunea trohanteriană
- fețele laterale ale genunchilor
- maleole

c) Decubit ventral
- tâmple
- umeri
- creasta iliacă
- genunchi
- degetele picioarelor

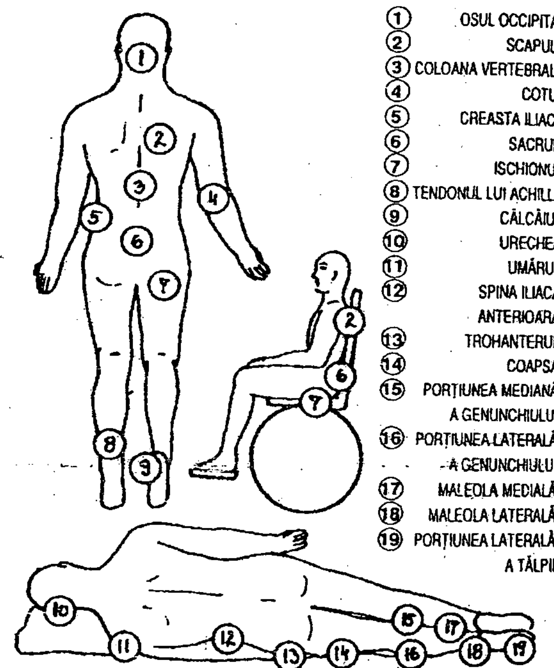


Fig. 55 – Regiuni expuse escarelor

Riscurile sunt determinate de: starea generală, starea nutrițională, starea psihică, capacitatea de mobilizare, incontinența, starea pielii (vezi sistem de evaluare). Evaluarea riscului la escare se face la internarea bolnavului în spital și la fiecare 8 sau 10 zile, în funcție de evoluție (se pun note).

SISTEM DE EVALUARE A RISCULUI

Nota	Stare generală	Stare nutrițională	Stare psihică	Capacitate de mobilizare	Incontinența	Stare cutanată
0	BUNĂ fără patologie cu risc	BUNĂ aport alimentar și de lichide suficient	BUNĂ – participă la activități cotidiene și își acceptă boala	INDEPENDENT – merge singur (cârje, cărucior) – se ridică singur – se poate mișca în pat	INDEPENDENT –	BUNĂ
1	MIJLOCIE – patologie cu risc crescut – cașexie – obezitate	LIMITATĂ – aport de calorii, proteine și lichide limitat 1 l/24 h	MIJLOCIE – deprimat fără motiv – are nevoie de stimulare pentru activități cotidiene	SEMIDEPENDENT – are nevoie de ajutor pentru mers și activități cotidiene	INCONTINENȚĂ PERIODICĂ – mai puțin de o dată de pe zi	DESHIDRATARE CUTANATĂ – piele îmbătrânită
2	PROASTĂ – fie patologie neurologică, cu pierdere de sensibilitate – sau asociere de patologii cu risc	PROASTĂ – aport alimentar insuficient (prost compensat) – alimentație parenterală	PROASTĂ – confuz sau agitat (trebuie supravegheat permanent pentru activități cotidiene)	DEPENDENT – mobilizare din pat în fotoliu cu sau fără ajutor – nu poate sta decât în pat sau în fotoliu	INCONTINENȚĂ URINARĂ	PIELE CU ERITEM
3	F. PROASTĂ – fie patologie neurologică, cu pierdere de sensibilitate și motricitate – fie stadiu terminal	F. PROASTĂ – nu se hrănește – alimentație parenterală paliativă	F. PROASTĂ – semiconștient – comă – stare letargică	IMOBILIZAT – nu părăsește patul mai mult de o oră pe zi – stă nemișcat	INCONTINENȚA DE URINĂ ȘI FECALE	DURERE ÎN REGIUNEA EXPUSĂ
		RISC	– MODERAT – MARE – F. MARE		de la 6 la 8 de la 9 la 12 de la 13 la 18	

■ **PRECIZARE:**

Pe baza notelor acordate (de la 0 la 3) pentru fiecare criteriu, se poate face aprecierea riscului în funcție de totalul obținut, care poate varia între 0 și 18.

O altă grilă de evaluare a riscului de escare este grila lui NORTHON (vezi ***„Breviar de explorări funcționale și îngrijiri speciale"*** ed. a II-a, autor **Lucreția Titircă**)

Semne --- subiective	– prurit	– usturime	– durere	
--- obiective	– eritem	– flictemă (superficial) – atingere de epidermă sau dermă (profund)	– plagă – ulcerație piele –ulcerație mușchi – ulcerație până la os	
Stadii	Stadiul I	Stadiul II	Stadiul III	

MIJLOACE DE PREVENIRE

Se adresează cauzelor locale sau favorizante și reprezintă *„cartea de vizită"* a asistentei medicale. Escarele por apărea în câteva ore sau în câteva zile, formarea lor fiind variabilă, depinzând de factorul de risc și de toleranța pielii la presiune îndelungată. Principiile tratamentului preventiv:

Schimbarea de poziție	– evită imobilizarea – se face la 2 sau 3 ore; la nevoie, mai des – este necesară o foaie de supraveghere a escarelor, în care se notează: – orele de schimbare și poziția: 14 - DD 16 - DLS 18 - DD 20 - DLD – aspectul cutanat – zonele de masaj
Asigurarea confortului și menținerea bolnavului într-o stare de igienă perfectă	Se va avea în vedere: – evitarea cutelor lenjeriei de pat, renunțarea la lenjeria de corp – spălarea zilnică, cu apă și săpun și ungerea regiunilor expuse umezelii, știut fiind faptul că pielea unsă se macerează mai greu decât pielea uscată (în caz de incontinență, se apelează la sonda Foley). – scuturarea patului zilnic sau ori de câte ori este nevoie

Folosirea materialelor complementare, necesare pentru prevenirea escarelor.	Se pot folosi: – saltele speciale (eventual, blană de oaie) – perne de diverse dimensiuni și forme (pentru genunchi, tendonul lui Achile) – colaci de cauciuc – pentru ungerea pielii, oxid de zinc cu vitamina A+D2 – talc pe pânză
Alimentație și hidratare echilibrată	Alimentația trebuie să fie bogată în proteine – pentru a favoriza cicatrizarea – și în vitamine, ținând cont însă de vârsta și greutatea bolnavului. În ceea ce privește hidratarea, necesarul de lichide se va completa cu 1,5 - 2 l la 24 de ore.
Favorizarea vascularizației în zonele comprimate	● Prin masaj *Obiective:* – favorizează vascularizația profundă și superficială – îndepărtează celulele descuamate și destupă glandele sebacee – rehidratează pielea (masaj cu unguent hidratant sau apă și săpun) – favorizează starea de bine și confort, înlătură durerea, anxietatea și ajută la regăsirea forței și energiei *Indicații:* – pentru toți bolnavii imobilizați care prezintă factori de risc – în momentul schimbării poziției, pe toate regiunile expuse *Principii:* – se face întotdeauna pe pielea curată, după ce bolnavul a fost spălat și i s-a schimbat așternutul – se face cu un unguent pe mâna goală, în direcția circulației de întoarcere, de jos în sus, iar la ceafă și umeri – invers, de sus în jos, și circular spre exterior – se face pe o zonă mai mare decât suprafața interesată – masajul nu trebuie să fie dureros, poziția bolnavului să fie confortabilă, iar durata sa de aproximativ 15 minute. *Contraindicații:* – nu se face bolnavului cu febră, suferind de cancer, cu infecții ale pielii sau cu septicemie. *Materiale necesare:* – unguentul *Instalarea pacientului:* – se închid ferestrele, se așază bolnavul într-o poziție variabilă, în funcție de zonă și, în același timp, confortabilă pentru asistenta medicală. ● Prin utilizarea alternativă de cald și frig – se face în loc de masaj

	Obiective: – favorizează revascularizația tisulară, provocând, alternativ, o vasodilatație și o vasoconstricție locală (se face de mai multe ori). *Indicații:* – escare stadiul II *Poziția bolnavului:* – ca la masaj *Materiale necesare:* – cuburi de gheață și apă caldă *Tehnică:* – se aplică compresa cu gheață de mai multe ori pe locul escarei, pentru a obține o vasoconstricție – apoi, se încălzește și se usucă zona prin tamponare, până se obține o vasodilatație – se face de 3-4 ori *Tratament:* a) Local, în funcție de stadiu – pentru stadiul I, masaj, unguente, violet de gențiană – pentru stadiul II, cald și frig, pansament gras (cu zahăr), bioxiteracor – pentru stadiul III, pansamente b) General Se referă la alimentație, tratamentul cu antibiotice și al stării generale. *Complicații:* – infecții locale ale plăgii – septicemie

ÎNGRIJIREA PLĂGILOR

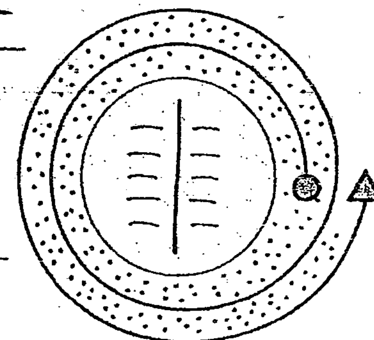
Definiție

Plăgile sau rănile = leziuni traumatice, caracterizate prin întreruperea continuității tegumentelor sau a mucoaselor (soluție de continuitate); leziunea pielii sau a mucoasei poate fi cu sau fără leziuni tisulare de profunzime.

Criterii de clasificare	*După tipul de acțiune a agentului vulnerant* (agentului traumatic) *plăgile pot fi:* 1. mecanice: – prin tăiere – prin înțepare, arme albe, insecte etc. – prin contuzii, prin lovire – prin strivire – prin arme de foc – prin mușcătură de animale sălbatice, de animale domestice – prin mușcătură de șarpe, viperă

	2. termice: – căldură, frig, electricitate 3. agenți ionizanți: radiații 4. agenți chimici: acizi, baze, săruri *După circumstanțele de producere pot fi:* a) accidentale – de muncă, de circulație, casnice b) intenționale – suicid, agresiuni c) iatrogene – intervenții chirurgicale, injecții, puncții *După timpul scurs de la producere:* – recente (sub 6 ore) – vechi – care depășesc 6 ore de la producere; acestea se consideră plăgi infectate *După profunzime:* – superficiale; profunde *După straturile anatomice interesate* – pentru cavități naturale (abdomen, torace, craniu), pot fi: – nepenetrante – când nu depășesc învelișul seros – penetrante – se referă la lezarea seroasei parietale (peritoneu, pleură, dura mater); plăgile penetrante pot fi simple sau pot interesa și un viscer parenchimatos sau cavitar = perforante (vezi capitolul ***„Traumatisme" – Urgențe medico-chirurgicale*** – Lucreția Titircă). *După evoluție pot fi:* – necomplicate; complicate
Caracteristici ale plăgilor	*Plăgile prin tăiere:* – au marginile regulate, limitate, se vindecă repede. Cele operatorii sunt, de obicei, aseptice *Plăgile prin înțepare:* – sunt cele mai frecvente și cele mai înșelătoare, gravitatea lor este în raport cu adâncimea, sediul și gradul de infectare; plăgile limitate adânci favorizează dezvoltarea germenilor anaerobi; plăgilor prin înțepare cu *creion chimic* le trebuie acordată o atenție deosebită, mai ales când în plagă, rămân fragmente de creion, deoarece substanța chimică continuă să acționeze și să distrugă țesuturile; înțepăturile mâinii pot produce leziuni inflamatoare. – determină panariții *Plăgile prin contuzii:* – în cazul unor contuzii profunde se pot produce leziuni distructive, deci plăgi ale organelor profunde: creier, mușchi, ficat, splină, rinichi, intestin etc., fără să existe o plagă a pielii *Plăgile prin mușcătură de animale:* – se suprainfectează cu regularitate; pot fi poarta de intrare pentru turbare; mușcăturile de viperă produc fenomene generale toxice. *Plăgile prin arme de foc:* – se caracterizează prin distrucții mari, sunt foarte complexe

Simptomatologia plăgilor	*Simptome locale:* – *durerea* este variabilă ca intensitate, poate ceda spontan sau după antialgice; reapariția cu caracter pulsatil atrage atenția asupra dezvoltării infecției – *impotența funcțională* este parțială sau totală și are drept cauză durerea sau lezarea elementelor musculo-articulare, osoase sau nervoase *Semne obiective:* – *prezența unei soluții de continuitate;* în plăgile mari, așa-numitele plăgi cu mari dilacerări, se pot observa distrugeri mari atât de piele, cât și de vase, mușchi, nervi, fragmente de oase sau diferite organe situate în profunzime; uneori, părți din aceste organe pot să iasă prin marginile plăgii; aceasta de numește *evisceraţie.* – hemoragia este variabilă, ca și abundența sângerării, în funcție de vasul lezat. *Semne generale:* – pulsul poate fi rapid – tahicardic – în plăgi însoțite de hemoragii externe sau interne sau de șoc traumatic. – tensiunea arterială – dacă scade – denotă prezența unei hemoragii sau a unui șoc traumatic – febra poate avea semnificația debutului infecției sau resorbția unor hematoame
Vindecarea plăgilor	– se poate realiza prin vindecare primară, vindecare secundară, vindecare terțiară *Vindecarea primară* („per primam" sau „per primam intentionem"): – este vindecarea ce se obține de la început, fără complicații; este vindecarea ideală pentru orice plagă operatorie; vindecarea se produce în 6-8 zile *Vindecarea secundară* („per secundam" sau „per secundam intentionem"): – în acest tip de vindecare este întotdeauna prezentă infecția, spre deosebire de vindecarea primară *Vindecarea terțiară* („per terțiam intentionem"): – se produce atunci când o plagă evoluează un timp pe linia vindecării secundare și apoi se suturează în scopul scurtării evoluției
Tratamentul local al plăgilor	Tratamentul variază în funcție de nivelul la care se acordă asistența (locul accidentului, la dispensar sau la spital). Indiferent de nivelul la care se intervine, pentru a îngriji o plagă în mod corespunzător se cere ca: – îngrijirea să se facă în condiții de asepsie perfectă – să se asigure, prin pansament, o bună absorbție a secrețiilor

	– plaga să fie protejată de factorii nocivi – termici, infecțioși din mediul înconjurător – să fie asigurat un repaus al regiunii lezate Tratamentul local al plăgilor să se facă cu ajutorul pansamentelor (vezi: „*Tehnica pansamentelor*" în ***Urgențe medico-chirurgicale***, de Lucreția Titircă).
Evoluția și complicațiile plăgilor	Orice plagă accidentală se consideră contaminată cu microbi chiar din momentul în care s-a produs. În primele 6 ore de la producerea unei plăgi, forțele proprii ale organismului combat efectul nociv al microbilor, distrugându-i (prin diapedeză, fagocitoză). Dacă nu s-a tratat o plagă în primele 6 ore – microbii, atât cei aerobi cât și cei anaerobi, se dezvoltă foarte mult. Plăgile netratate în timp util devin purulente, se pot complica cu gangrene gazoase, flegmoane, abcese, septicemii. De aceea, este necesar un prim ajutor la locul accidentului. Îngrijirile plăgilor la locul accidentului sunt descrise la capitolul „*Traumatism*" în ***Urgențe medico-chirurgicale*** – Lucreția Titircă. Aici, vom menționa, pe scurt, câteva măsuri de prim ajutor: – hemostaza – aplicarea unui pansament protector – transportul accidentatului la o unitate sanitară
Îngrijirea plăgilor recente care nu au depășit 6 ore de la accident	– calmarea durerii – toaleta locală minuțioasă, procedând astfel: – dacă plaga este într-o regiune cu păr, se rade părul în jurul plăgii până la o distanță de 6 cm de marginea plăgii – se spală pielea nelezată din jurul plăgii cu apa și săpun, apoi cu ser fiziologic – se dezinfectează cu alcool sau cu tinctură de iod *Atenție! Pielea din jurul plăgii* se dezinfectează prin badijonare, care începe de lângă plagă și se îndepărtează de aceasta (Fig. 56). Se curăță, apoi, plaga cu rivanol 1‰, cloramină 4 ‰ clor activ sau, mai bine, cu apă oxigenată care antrenează la suprafață micii corpi străini prin spuma pe care o produce; apa oxigenată are și acțiune hemostatică.  *Fig. 56. Plaga aseptică* *Se curăță sau dezinfectează în spirală, de la interior spre exterior. Germenii din zonele învecinate sunt astfel îndepărtați.*

Observație: extragerea corpilor străini din plagă, precum și excizarea și îndepărtarea țesuturilor devitalizate sunt realizate de medic; dacă este cazul, va face hemostaza prin legătura vasului și sutura plăgii; aceste plăgi se pot vindeca „per primam".

Atenție! Este interzisă explorarea instrumentală oarbă a unei plăgi în afara unui serviciu chirurgical de specialitate.

Plăgile vechi

Plăgile care depășesc 6 ore de la accident se consideră infectate; li se face același tratament descris mai sus, însă plaga nu se suturează primar.

De reținut: La plăgile septice, pielea din jurul lor se curăță circular, de la exterior spre interior *(Fig. 57)*.

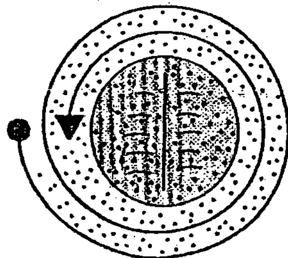


Fig. 57. Plaga septică
Se curăță circular, de la exterior spre interior, pentru a evita antrenarea germenilor din plagă.

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
APROBAT CU NR. I.M. / 6730 din 02.03. 95

CONDUITA PROFILACTICĂ ȘI TERAPEUTICĂ ÎN CAZUL PLĂGILOR TETANIGENE

STAREA DE IMUNITATE	CURĂȚIREA CHIRURGICALĂ ȘI ASEPTIZAREA PLĂGII	TRATAMENT CU ANTIBIOTICE	VTA SAU dT	SER HETEROLOG ANTITETANIC
VACCINAT COMPLET SAU REVACCINAT	DA	PENICILINĂ 600.000–1.200.000 u.i. SAU MOLDAMIN SAU ERITROMICINĂ ÎN DOZE CORESPUNZĂTOARE	1 DOZĂ 0,5 ml I.M.	NU*
NEVACCINAT	DA	PENICILINĂ 600.000–1.200.000 u.i. SAU MOLDAMIN SAU ERITROMICINĂ ÎN DOZE CORESPUNZĂTOARE	3 DOZE x0,5 ml I.M. (PRIMA IMEDIAT DUPĂ RĂNIRE, IAR URMĂTOARELE LA INTERVAL DE 14 ZILE	3.000-20.000 U.A.I. DUPĂ DESENSIBILIZARE

* Excepție, cazurile de Politraumatisme grave, cu pierderi masive de sânge, și persoanele infectate HIV, la care se va administra I.M. în doză unică ser antitetanic (3.000-20.000 U.A.I., în raport cu vârsta și riscul tetanigen).

V.T.A. = VACCIN TETANIC ABSORBIT; d. T. = BIVACCIN DEFTERO TETANIC TIP ADULT

Astfel: Plăgile vechi, infectate, secretante, nesuturate se aseptizează prin spălări cu soluții antiseptice, pansamente locale umede cu cloramină și rivanol sau soluție de antibiotic conform antibiogramei. Pansamentul umed se mai numește microclimat umed și se realizează într-o tăviță renală sterilă, în care se îmbibă două–trei comprese cu soluția indicată. Compresa umedă va fi acoperită cu una–două comprese uscate, apoi se fixează pansamentul, fie prin înfășurare (bandajare), fie fixând compresa care acoperă pansamentul cu leucoplast sau cu galifix; plăgile vechi se pansează și se controlează zilnic.

Foarte important! Obligatoriu, în ambele cazuri, se face profilaxia tetanosului, conform Ordinului ministrului sănătății, aprobat cu nr. I.M./6730 din 02.03.1995 (vezi schema de „Conduită profilactică și terapeutică în cazul plăgilor tetanigene").

Tipuri particulare de plăgi

Plăgi prin înțepare cu spini vegetali:

– spinul trebuie extras complet, la nevoie, recurgându-se la incizie chirurgicală

– dacă el nu s-a extras, este posibilă dezvoltarea unei infecții (abces, flegmon)

Profilaxia antitetanos este obligatorie.

Plăgile prin înțepare plantară (cui, sârmă) favorizează dezvoltarea unor infecții virulente; se tratează chirurgical în servicii de specialitate.

Plăgile prin înțepătură de insectă (albine, viespi), prin inoculare de venin, produc fenomene alergice: prurit, hiperemie, edem local sau, uneori, edem glotic cu crize de sufocare, frisoane, convulsii, șoc anafilactic sau colaps.

Tratamentul este, în general, la indicația medicului (vezi ***Urgențe medico-chirurgicale*** – Lucreția Titircă.

Îngrijirea unei plăgi operatorii

Plaga suturată neinflamată se tratează prin pansare sterilă.

– se degresează cu benzină tegumentul din jurul plăgii

– se dezinfectează cu tinctură de iod, alcool iodat sau alcool, pe o distanță de 6-7 cm, folosind, la fiecare ștergere, alt tampon

– plaga suturată se dezinfectează, de asemenea, printr-o singură ștergere cu tamponul îmbibat în tinctură de iod sau alcool

– apoi se dezinfectează din nou tegumentul din jurul plăgii

– se acoperă plaga cu compresă sterilă – pansamentul se fixează după metoda cunoscută.

„Viața omului este un război împotriva răutății omului."
(Gracian)

9. NEVOIA DE A EVITA PERICOLELE

Definiție:

Nevoia de a evita pericolele este o necesitate a ființei umane pentru a fi protejată contra tuturor agresiunilor interne sau externe, pentru menținerea integrității sale fizice și psihice.

I. *Independența în satisfacerea nevoii*

Viața oricărui individ poate fi amenințată la un moment dat de o suferință bruscă, care îl va aduce într-o situație critică.

De-a lungul vieții, oamenii sunt continuu asaltați de stimuli veniți din mediul înconjurător și anturaj.

Organismul uman este protejat contra agresiunilor de toate felurile (agenți fizici, chimici, microbieni sau din alte motive), pentru că posedă numeroase medii naturale ca: părul la nivelul orificiilor, secrețiile pielii, ca obstacole de penetrare a agenților externi.

El este capabil să-și mențină integritatea prin mecanismele naturale de autoapărare.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *Vârsta* Persoana adultă are abilitatea de a se proteja Are cunoștințe despre sine și dezvoltarea sa Copilul percepe sensul pericolului și în funcție de ritmul dezvoltării sale mintale, descoperă puțin câte puțin autoprotecția contra pericolelor, până la vârsta adultă – Persoanele în vârstă prezintă diminuarea funcțiilor senzoriale și motorii și, în consecință, trebuie să-și ia măsuri particulare de autoapărare – *Mecanismul de autoapărare.* Individul posedă mecanisme de autoapărare înnăscute (exemplu: termoreglarea) sau însușite de-a lungul experienței sale; rezistența la îmbolnăviri este dată de protecția sa imunitară naturală sau dobândită, prin crearea de anticorpi specifici în urma unor îmbolnăviri infecțioase sau prin vaccinare.
Factori psihologici	– *Emoțiile și anxietatea* pot provoca la individ utilizarea mecanismelor de apărare ce permit conservarea integrității față de agresiuni de ordin psihologic – *Stresul* – fiecare stare de stres poate influența adaptarea individului la toate formele de agresiune stimulate de mecanismele de apărare
Factori sociologici	– *Salubritatea mediului* Un mediu sănătos este esențial persoanelor pentru un trai fără pericole. Sunt necesare următoarele condiții: – temperatura ambiantă 18,3° – 25° C – umiditatea între 30%-60% – lumina – nici prea întunecoasă, nici prea luminoasă – zgomot – a cărui intensitate să nu depășească 120 decibeli – mediul ambiant să conțină un minim de microorganisme, produse chimice, fum – condiții de securitate (precauție atunci când se folosesc aparate, obiecte care ar fi surse de accident) – *Rol social.* În funcție de exigențele locului de muncă și ale muncii lor, indivizii trebuie să utilizeze măsuri de protecție împotriva tuturor pericolelor. Astfel, salariații trebuie să aibă un mediu înconjurător și condiții de muncă care să le permită satisfacerea nevoilor de muncă; cei cu un post cu responsabilități trebuie să folosească perioada de destindere pentru a preveni stresul și surmenajul. – *Organizarea socială.* Societatea prevede măsuri legale care trebuie luate pentru protecția individului contra pericolelor; în toate societățile sunt legiferate măsuri de prevenire a accidentelor, de prevenire a îmbolnăvirilor; în plus, societatea se ocupă și de bunul mers al individului pe parcursul anilor de viață, prin măsurile de protecție și de asigurări sociale. Aceste măsuri vizează: prevenirea îmbolnăvirilor și menținerea stării de sănătate, folosind un evantai multiplu de metode de educație, informații, publicitate etc. – *Clima.* În funcție de climă, individul utilizează metode de autoapărare față de condițiile nefavorabile climatice, în locuință sau în locurile colective. – *Religia.* Practicarea unor religii este o preocupare ideologică ce permite individului să-și mențină securitatea psihologică. – *Cultura.* Măsurile de protecție contra pericolelor sunt variate în funcție de cultură, ele sunt reliefate în tradiții, fiind măsuri socio-economice ale unei societăți. – *Educația.* Părinții informează copilul în ceea ce privește măsurile de securitate ce trebuie luate în lunga perioadă de creștere; școala se ocupă de educația copiilor, adultul socialmente este obligat să cunoască posibilele pericole pentru a stabili măsurile de prevenire pe care să le aplice.

Manifestări de independenţă

Securitatea fizică	*Măsuri de prevenire a:* – accidentelor – infecţiilor – bolilor – agresiunilor, agenţilor fizici (mecanici, termici), chimici (arsuri chimice, intoxicaţii), agresori umani, animale şi autoagresiuni (mutilări, suicid)
Securitatea psihologică	Stare de linişte a individului care se simte la adăpost de toate pericolele. Individul poate realiza control liber asupra mediului înconjurător. *Măsuri* – metode de destindere, de relaxare şi de control al emoţiilor; – utilizarea mecanismelor de apărare în diferite situaţii; – răspuns eficace şi adaptat la agent stresant; – practicarea unui obicei, crez, religie
Securitatea sociologică	*Mediu sănătos:* – salubritatea mediului – calitatea şi umiditatea aerului 30%-60% – temperatura ambiantă între 18,3°-25° C – fără poluare fonică, chimică, microbiană – mediu de siguranţă – măsuri de protecţie socială

Intervenţiile asistentei pentru menţinerea independenţei

Pentru menţinerea unui mediu sănătos:

– educă pacientul pentru evitarea poluării atmosferei cu praf, încărcătură microbiană prin ştergerea umedă a mobilierului şi aerisirea încăperilor

– îndepărtează sursele cu miros dezagreabil

– participă la programe de propagandă şi control, de educaţie a populaţiei pentru menţinerea unui mediu sănătos, în comunitate, unităţi de învăţământ

Pentru prevenirea accidentelor:

– face educaţie pentru prevenirea accidentelor, verifică dacă sunt respectate normele de securitate a muncii, normele ergonomice în unităţile cu activităţi cu risc de accidente

– explorează pericolele reale şi cele potenţiale la locul de muncă şi la domiciliu

Pentru prevenirea infecţiilor:

– supraveghează dacă sunt respectate normele de igienă, salubritate, dezinfecţie, dezinsecţie, deratizare şi circuitele funcţionale

– asigură implicarea populaţiei în aplicarea programelor pentru menţinerea şi promovarea sănătăţii

– supraveghează starea de sănătate a populaţiei şcolare prin controale periodice; face controale periodice persoanelor cu risc crescut la infecţie

– organizează – efectuează imunizările obligatorii

II. *Dependenţa în satisfacerea nevoii*

Când nevoia de a evita pericolele nu este satisfăcută, pot surveni mai multe **probleme.**

1. **Vulnerabilitatea faţă de pericole**
2. **Afectarea fizică şi psihică**
3. **Anxietate**
4. **Durere**
5. **Stare depresivă**
6. **Pierderea stimei de sine**
7. **Pierderea imaginii de sine**
8. **Pierdere, separare**
9. **Frica**

(3–8:) vezi anexele 2 şi 3

Sursele de dificultate sunt comune celor două probleme de dependenţă

Surse de ordin fizic	*Insuficienţă intrinsecă* – deficit senzorial – lipsă de sensibilitate – afectare fizică *Dezechilibru* – durere – dezechilibru metabolic – dezechilibru electrolitic *Surmenaj* – saturaţie senzoro-perceptuală
Surse de ordin psihic	– tulburări de gândire – anxietate – stres – pierdere – separaţie – pierderea imaginii corporale – situaţie de criză
Surse de ordin sociologic	– insalubritatea mediului – poluare – condiţii deficitare de muncă (absenţa măsurilor de protecţie) – lipsa amenajărilor sanitare – sărăcie – promiscuitate
Lipsa cunoaşterii	– insuficienta cunoaştere de sine, a altora şi a mediului înconjurător

Prezentăm în continuare două probleme:

1. Vulnerabilitatea față de pericole

Susceptibilitatea individului de a fi afectată integritatea sa fizică și psihică.
Pericolul de infecții, accidente, boli este mare la organismele slăbite, obosite, surmenate.

Manifestări de dependență

Predispoziție la accidente: răniri căderi	– Neatenția poate fi responsabilă de accidente rutiere, de muncă sau alți agenți traumatici, fizici, chimici – Tegumentele pot fi lezate prin contact prelungit cu substanțe iritante, corozive, în lipsa echipamentului de protecție – Apariția de leziuni la nivelul spațiilor interdigitale, plici datorate umezelii, căldurii, îmbrăcăminte neadecvată – Deshidratarea, edemațierea predispun tegumentele la lezare.
Predispoziție la infecții: gripă abces etc.	– Neîngrijirea corespunzătoare a acestor infecții poate da complicații mai mari (pulmonare, cardiace, ale sistemului nervos, septicemie).
Predispoziție la: îmbolnăviri frecvente, fatigabilitate, surmenaj	– Îmbolnăvirile frecvente favorizează scăderea rezistenței organismului de autoapărare – Fatigabilitate – slăbire fizică, adinamie, lipsă de forță. – Surmenaj – fatigabilitatea excesivă care influențează organismul; apare în urma unui exces de efort fizic, psihic – muncă extenuantă.
Comportament depresiv și agresiv	– Comportamentul poate fi modificat cu tendință spre depresie sau agresivitate în foarte multe boli psihice; bolnavul poate avea tentativă de sinucidere sau poate deveni agresiv față de cei din jur. În unele forme instabile în cadrul unor psihopatii, bolnavii pot face acte antisociale – incendieri. În alte cazuri, bolnavii pot face acțiuni impulsive – crimă, automutilare, sinucidere

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu vulnerabilitate față de pericole

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să beneficieze de un mediu de siguranță fără accidente și infecții	– asigură condițiile de mediu adecvate, pentru a evita pericolele prin accidentare – amplasează pacientul în salon în funcție de starea, afecțiunea și receptivitatea sa – ia măsuri sporite de evitare a transmiterii infecțiilor în cazul îmbolnăvirilor cu boli transmisibile – prin izolarea pacienților, respectarea circuitelor, măsuri de igienă spitalicească (condiții de cazare, microclimat, alimentație, aprovizionare cu apă, îndepărtarea reziduurilor, sterilizare, curățenie, dezinfecție) – urmărește și apreciază corect potențialul infecțios al pacientului, receptivitatea sa și aplică măsurile de izolare a surselor de infecție – alege procedurile de investigație și tratament cu risc minim de infecție – informează și stabilește împreună cu pacientul planul de recuperare a stării de sănătate și creștere a rezistenței organismului, efectuează imunizările specifice și nespecifice necesare
Pacientul să fie echilibrat psihic	– favorizează adaptarea persoanei la noul mediu – creează un mediu optim pentru ca pacientul să-și poată exprima emoțiile, nevoile – ajută pacientul să-și recunoască anxietatea – furnizează mijloace de comunicare adecvate stării pacientului; furnizează informațiile de care are nevoie – furnizează explicații clare și deschise asupra îngrijirilor programate – învață pacientul tehnici de relaxare – face masaj al spatelui, mâinilor și picioarelor – încurajează pacientul la lectură, activități etc., pentru a înlătura starea de anxietate – asigură legătura pacientului cu familia prin vizite frecvente – învață familia pentru a îngriji pacientul cu boli psihice, degenerative, dacă este necesar, în vederea reintegrării sale sociale

2. Alterarea integrităţii fizice sau psihice ori amândouă; efectul unei boli sau al unui stres, la nivel fizic sau psihic

Manifestări de dependenţă

Semne inflamatorii	Semnele inflamaţiei: – durere – roşeaţă locală a regiunii respective – tumefacţie (mărirea în volum) – limitarea mişcărilor segmentului afectat – căldură locală
Semne de insecuritate psihologică	– agitaţie – iritaţie – agresivitate – neîncredere – frică – idei de sinucidere

– Intervenţiile asistentei –

Pacient cu alterarea integrităţii fizice şi psihice

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să-şi satisfacă nevoile în funcţie de starea de sănătate şi gradul de dependenţă	– ajută şi suplineşte pacientul în satisfacerea nevoilor organismului – determină pacientul să participe la luarea deciziilor privind îngrijirile – administrează tratament medicamentos antiinflamator, antiinfecţios – aplică măsurile de prevenire a complicaţiilor septice – foloseşte metode de relaxare pasivă; de exemplu, terapie muzicală, masaj
Pacientul să beneficieze de siguranţă psihologică, pentru înlăturarea stării de anxietate	– asigură un mediu de protecţie psihică adecvat stării de boală a pacientului, prin înlăturarea excitanţilor psihici – aplică tehnici de psihoterapie adecvate – asigură condiţiile de mediu adecvate (cameră izolată, aerisită, temperatură adecvată, semiobscuritate) – încurajează pacientul să comunice cu cei din jur, să-şi exprime emoţiile, nevoile, frica, opiniile – învaţă pacientul să folosească mijloacele de autoapărare (pentru persoanele cu risc sporit la pericol)

Tehnici de evaluare şi îngrijiri asociate nevoii de a evita pericolele

Factorii de mediu

Sănătatea, ca şi boala, recunoaşte o serie de factori care o determină şi pot fi consideraţi factori etiologici ai sănătăţii. Ei se pot grupa în factori interni şi factori externi. Din interrelaţia factorilor interni şi a celor externi se poate menţine starea de sănătate sau se poate declanşa starea de boală, rolul hotărâtor revenind factorilor ecologici.

Factorii externi care acţionează asupra organismului se mai numesc factori de mediu sau factori ecologici.*

CLASIFICAREA FACTORILOR ECOLOGICI

După natura lor	fizici	temperatura, umiditatea, radiaţiile
	chimici	substanţe chimice – O_2, substanţele naturale sau sintetizate de om
	biologici	bacterii, virusuri, paraziţi, fungi
	sociali	rezultă din interrelaţiile dintre oameni
După provenienţă	naturali	apa, aerul, solul
	artificiali	îmbrăcămintea, locuinţa, alimentaţia
După influenţa asupra stării de sănătate	sanogeni	au acţiune favorabilă asupra menţinerii şi întăririi sănătăţii
	patogeni	duc la producerea de boli, la alterarea stării de sănătate

CONSECINŢELE ASUPRA ORGANISMULUI PRIN ACŢIUNEA UNOR FACTORI PATOGENI

Factorul ecologic		Consecinţele acţiunii	Măsuri
Aerul	– scăderea concentraţiei de O_2	hipoxie, tulburări senzoriale, motorii, convulsii, moarte	aerisirea încăperilor
	– prezenţa CO în aerul inspirat	hipoxie, crize anginoase, cefalee, dispnee, pierderea cunoştinţei, moarte	verificarea instalaţiilor de încălzire din locuinţe, şcoli, spitale, instituţii
Umiditatea	– crescută	scăderea evaporării apei prin piele	
	– crescută, asociată cu creşterea temperaturii	senzaţie de disconfort prin expunere prelungită, poate apărea şocul termic	folosirea instalaţiilor de condiţionare a aerului, pentru a reduce umiditatea

* Ecologia – ştiinţa care se ocupă de relaţiile dintre organisme şi mediul de viaţă

Temperatura	– crescută	insolație, arsuri	evitarea expunerii prelungite la soare
	– scăzută	hipotermie, degerături, risc crescut pentru copii și persoanele vârstnice	încălzirea optimă a locuințelor, locurilor de muncă, spitalelor
Luminozitatea	– diminuată	factor de risc pentru căderi, în cazul persoanelor vârstnice	asigurarea iluminatului public, al locuințelor
Zgomotul	– creșterea intensității și a timpului de acțiune	tulburări ale auzului, oboseală, insomnie, H.T.A.	de ordin urbanistic; de ordin educativ
Alimentația	– reducerea proteinelor, lipidelor, glucidelor – poluată chimic – contaminată cu germeni patologici	nu asigură nevoile nutritive ale organismului – avitaminoze, hipoproteinemie intoxicații acute sau cronice, tulburări gastrointestinale, boli infecțioase	verificarea calității alimentelor, păstrarea în condiții igienice, în frigidere, congelatoare spălarea fructelor, zarzavaturilor, prelucrarea igienică a alimentelor
Apa	– lipsă iod – lipsă fluor – poluare chimică – contaminare cu germeni microbieni	gușa endemică carii dentare intoxicații acute, cronice epidemii hidrice	asigurarea condițiilor de potabilitate a apei, fierberea ei
Locuința	– praf – igrasie – aglomerări – improvizații în instalații – suprafață redusă	manifestări alergice, boli reumatismale, accidente, căderi, electrocutare, arsuri, risc crescut pentru vârstnici, copii lipsa confortului social	asigurarea condițiilor igienice și de confort din construcția locuinței
Factorii biologici	– bacterie – virusuri – paraziți – fungi	boli infecto-contagioase sau parazitare, cu poarta de intrare respiratorie, digestivă, cutanată	ventilație, curățenie, îndepărtarea reziduurilor, dezinfecție, dezinsecție, deratizare, sterilizare

Mediul securizant și de protecție

Mediul securizant este mediul care reduce la minimum riscurile de rănire, accidente, infecții, reacții nedorite la tratament, asigură intimitatea pacientului. Mediul terapeutic de protecție are rolul de a crea o ambianță plăcută, care are acțiune favorabilă asupra sistemului nervos central și izolează pacientul de condițiile negative ale mediului, posibil suprasolicitant sau epuizant al scoarței cerebrale.

Caracteristicile mediului securizant	Efectele asigurării unui mediu securizant
– nevoile umane pot fi satisfăcute – riscurile fizice, chimice sunt diminuate – riscurile de transmitere a agenților patogeni și parazitari sunt minime – măsurile de igienă sunt respectate – poluarea este minimă	*în spital:* – reducerea duratei de spitalizare – diminuarea frecvenței accidentelor asociate tratamentului și riscului de urmări judiciare – reducerea numărului de îmbolnăviri profesionale – scăderea costului global al serviciilor de sănătate *la domiciliu:* – reducerea riscului de accidente și îmbolnăviri, de apelare la serviciile de sănătate – promovarea sănătății

Asigurarea *mediului terapeutic de protecție presupune:*
– crearea unei ambianțe plăcute în spital – holuri, coridoare, saloane aranjate cu flori, curate
– înlăturarea excitanților auditivi, vizuali, olfactivi
– pregătirea psihică a pacientului înaintea efectuării oricărei tehnici de nursing
– asigurarea odihnei pasive și active a pacientului
– prezența permanentă a asistentei în preajma pacientului
– atitudinea de bunăvoință, solicitudine, răspuns prompt la chemarea pacientului și familiei acestuia.

Măsuri în vederea asigurării mediului securizant pentru pacientul spitalizat

CONSTRUCȚIA ȘI FUNCȚIONAREA SPITALELOR

Spitalele se construiesc în zone nepoluate, în sistem monobloc sau pavilionar, ferite de zgomot, înconjurate de zone verzi, în afara centrului orașului, dar cu mijloace de transport și comunicare cu orașul; funcționalitatea lor asigură condiții superioare de igienă.

Spitalele *au în componență:*

1. *serviciu de primire* – loc de prelucrare sanitară a pacientului (baie, deparazitare, îmbrăcare cu echipament de spital) și a hainelor sale

(dezinfecție, deparazitare, păstrare); – loc de întâlnire a pacienților cu diferite afecțiuni, ceea ce impune evitarea răspândirii infecțiilor, prin servicii proprii de primire în secțiile pediatrie, obstetrică-ginecologie; secția boli infecțioase (amplasată într-o construcție separată) dispune, în cadrul serviciului de primire, de un serviciu de triaj;

2. *secția cu paturi* – unitate funcțională de bază a spitalului care cuprinde 25–100 de paturi
   - în spitalele monobloc, la nivelurile inferioare, sunt amplasate secțiile de chirurgie, obstetrică, ortopedie, urologie (în secțiile de obstetrică se diferențiază unități de îngrijire pentru nașteri fiziologice și patologice, pentru nou-născuți);
   - în secțiile de pediatrie se diferențiază unități de îngrijire pentru copii de diferite vârste și pentru mame;
   - *salonul,* locul de îngrijire a pacientului:
     - orientat de preferință spre sud, sud-est, sud-vest, pentru a fi însorit;
     - de preferat, cu număr redus de paturi;
     - cu mobilier redus, ușor de întreținut, estetic;
     - pereții vopsiți în culori pastelate, lavabili;
     - iluminare naturală bună, artificială difuză, indirectă sau semidirectă;
     - dotat cu apă curentă;
     - temperatura: 18–20°C, ziua; 16°C, noaptea, pentru adulți;
20–22°C, pentru copiii mici, și
22–24°C pentru sugari;
     - ventilație ușor reglabilă prin ferestre;
     - suprafață și cubaj de aer pentru o persoană, în funcție de specificul secției și numărul de paturi din salon (6–12 m²/persoană);

3. *serviciile de diagnostic și tratament* – prin dotarea de care dispun, scurtează timpul de spitalizare; este necesară planificarea pacienților pe ore, pentru a evita întâlnirea pacienților din diferite secții și așteptarea pentru examinare;

4. *anexele gospodărești* au o mare importanță în asigurarea condițiilor superioare de igienă:
   - blocul alimentar asigură circuitul igienic al alimentelor, circuitul fiind astfel dirijat încât în nici un moment să nu se întâlnească alimentele brute cu cele semipreparate sau finite;
   - pregătirea alimentației sugarului se face în bucătăriile de lapte;
   - spălătoria asigură circuitul igienic al lenjeriei din spital; în secția de spital, se păstrează numai lenjeria curată; cea murdară se transportă la spălătorie, în saci impermeabili; aici, lenjeria contaminată cu secreții, excreții sau provenind din secțiile de boli infecto-contagioase se dezinfectează și, apoi, se spală mecanic; lenjeria curată și cea murdară se păstrează în încăperi separate.

- *Alimentarea cu apă* a spitalelor – apa distribuită trebuie să îndeplinească condițiile de potabilitate
  - să fie distribuită în mod continuu, pentru a asigura necesitățile de igienă a pacienților și personalului, cât și menținerea curățeniei în clădire și la grupurile sanitare.

- *Îndepărtarea reziduurilor și deșeurilor:*
  - reziduurile solide, colectate din saloane, cabinete, săli de pansamente, operații, săli de naștere se îndepărtează după fiecare intervenție; se colectează în recipiente impermeabile, marcate cu diferite culori; fiecare spital este dotat cu crematoriu pentru deșeurile (reziduurile) considerate infectate; transportul acestora în spital se face cu lifturi destinate special;
  - reziduurile lichide se îndepărtează prin rețeaua de canalizare;
  - resturile de alimente provenite de la pacienți se îndepărtează după ce au fost fierte, pentru a distruge eventualii germeni patogeni;
  - recipientele, containerele colectoare de reziduuri se spală și se dezinfectează după folosire;
  - deșeurile reciclabile și curate – hârtii, filme radiologice, ambalaje, mase plastice, deșeuri metalice – se adună în containere speciale.

Prevenirea infecțiilor intraspitalicești

Definiție:

Infecțiile intraspitalicești – sau infecțiile nosocomiale – sunt îmbolnăviri de natură infecțioasă, manifeste clinic, contractate în spital și care apar în timpul spitalizării sau după externare.

La aceste infecții, care apar la persoanele asistate, se adaugă și infecțiile contractate de personalul medical, în timpul acordării îngrijirilor. Ele se împart în *două mari categorii:*
- boli transmisibile, contractate în spital și determinate de germeni patogeni;
- infecții cu germeni „condiționat patogeni", care apar la grupuri cu rezistență scăzută la infecție (nou-născuți, vârstnici, bolnavi cu boli cronice, bolnavi cu defecte imune), la cei expuși unor proceduri medico-chirurgicale precum puncții, examinări endoscopice, perfuzii, transfuzii, dializă; acești germeni care, în mod obișnuit, sunt nepatogeni, condiționează factorii enumerați, determinând infecții locale sau generale.

Pentru prevenirea infecțiilor intraspitalicești, măsurile care se iau țin seamă de etiopatogenia, frecvența și gravitatea lor, cât și de particularitățile clinico-epidemiologice.

Transmiterea infecției de la o persoană la alta este un proces în lanț. Acest lanț comportă șase verigi, conform schemei alăturate. Fiecare etapă a lanțului depinde de succesul realizării etapei precedente. Dacă se reușește să se rupă acest lanț, boala nu se mai propagă. Soliditatea lanțului depinde de soliditatea verigilor sale.

Prezentăm câteva *măsuri* ce determină întreruperea lanțului procesului infecțios, acționând asupra verigilor sale.

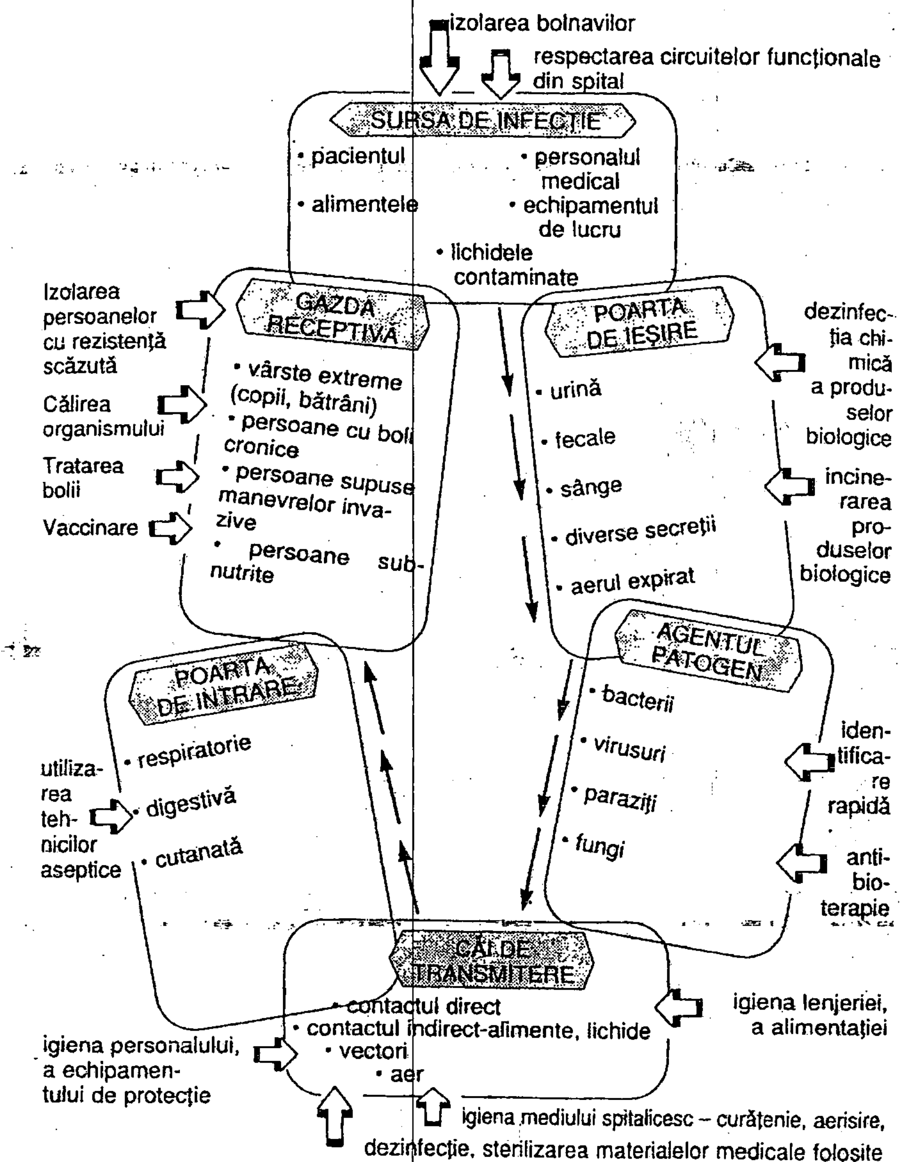
Măsuri de prevenire a infecțiilor

CIRCUITELE FUNCȚIONALE ALE SPITALULUI

Circuitul funcțional reprezintă sensul de circulație, în interiorul unităților sanitare, ale unor materiale și instrumente:
- circuitul septic este sensul de circulație care indică introducerea germenilor patogeni generatori de infecții, în interiorul unității sanitare
- circuitul aseptic este sensul de circulație care asigură condiții de protecție împotriva infecțiilor, în interiorul unei unități sanitare.

În interiorul spitalului, se impune respectarea următoarelor circuite funcționale:
- circuitul de intrare și ieșire al personalului
- circuitul de primire a bolnavului în spital
- circuitul lenjeriei

VERIGILE LANȚULUI EPIDEMIOLOGIC AL INFECȚIEI



Sensul de propagare a infecției

Măsuri care întrerup lanțul procesului infecțios acționând asupra verigilor lanțului

– circuitul alimentelor și veselei
– circuitul instrumentelor și materialelor
– circuitul vizitatorilor.

Circuitele septice trebuie să fie separate de cele aseptice.

CURĂȚENIA

Curățenia reprezintă îndepărtarea totală a prafului, a murdăriei și a produselor străine.

Aceasta este etapa obligatorie înaintea aplicării metodelor de dezinfecție și sterilizare.

a) În întreținerea generală a încăperilor (saloane, cabinete, grupuri sanitare, băi, săli de pansamente, săli de operație), curățenia se face zilnic și constă din:
- curățarea patului, a saltelei, a pernei, a mobilierului, a pereților, a chiuvetei
- materiale folosite – cârpe, găleți, detergenți, spălător de podele
- se începe cu spațiile curate
- se face zilnic și ori de câte ori este nevoie.

b) Curățenia pacientului constă în baia făcută în mod regulat cu apă, săpun, spălarea părului, schimbarea lenjeriei.

c) Curățenia personalului sanitar presupune spălarea mâinilor și curățarea echipamentului de protecție.

SPĂLAREA MÂINILOR

Spălarea mâinilor este cea mai importantă procedură pentru prevenirea infecțiilor intraspitalicești, pentru că mâna este principala cale de transmitere.

Tipuri de spălare a mâinilor:
- a) spălarea igienică de bază
- b) spălarea pentru decontaminare
- c) spălarea chirurgicală – mai puțin utilizată de asistentă.

a) Spălarea igienică a mâinilor

Indicații	– înainte și după contactul cu un pacient sau un obiect cu care se îngrijește pacientul – înaintea folosirii materialului steril – înaintea intervențiilor asupra corpului pacientului (injecții, perfuzii, alimentație) – după atingerea unei părți a corpului, posibil contaminată cu microbi – după mânuirea secrețiilor și excrețiilor pacientului (urină, fecale, sânge) – după scoaterea mănușilor de lucru – la sfârșitul programului de muncă
Tehnica de spălare a mâinilor	– se folosește apa curentă, săpunul, periuța; spălarea durează două minute, se face pe toate suprafețele mâinilor, inclusiv pe spațiile interdigitale – uscarea mâinii se face cu prosop de unică folosință sau, de preferat, cu aer cald ori hârtie absorbantă

b) Spălarea pentru decontaminare

Indicații	– se face după îngrijirea pacientului cu boli infecțioase – după contactul cu material infectat (urină, fecale, sânge, spută sau alte secreții) – după activități de curățare a instrumentelor (e bine să se folosească mănuși)
Tehnica de spălare	– se execută spălarea de fond a mâinii cu apă, săpun, periuță și se usucă; apoi, se aplică 2 x 5 ml soluție dezinfectantă (alcool) după care nu se mai usucă mâna – dezinfecția mâinilor trebuie făcută de personalul medical, de vizitatori și de pacienți

DEZINFECȚIA

Definiție

Dezinfecția reprezintă distrugerea agenților patogeni (virusuri, bacterii, protozoare, fungi) sau condiționat patogeni, de pe tegumente și obiecte din mediul extern.

Mijloace folosite	Procedee de aplicare	Ce se dezinfectează
Mecanice	– spălare cu apă și săpun	• lenjeria • tegumentele pacientului • mâinile personalului
	– îndepărtarea prafului (ștergere cu cârpa umezită sau aspirare)	• suprafețele meselor • patul • noptierele și alt mobilier • masa de operație • pardoseala
Fizice	– radiațiile ultraviolete	• suprafețele: masa de operație, de pansamente, patul • aerul din încăperi
	– căldura uscată	• lenjeria de pat și corp prin *călcare* cu fierul încins • deșeurile: de pansamente, produsele anatomopatologice, obiectele de unică folosință (seringi, perfuzoare) prin *incinerare* în cuptoare speciale
	– căldura umedă	• lenjeria, vesela, tacâmurile prin *fierbere* 30 de minute din momentul începerii fierberii • hainele, saltelele, pernele cu *vapori de apă sub presiune*

Chimice: **• substanțe cu acțiune oxidantă:** – var cloros (25% Cl activ)	– ștergere	• pavimentul • pereții cu faianță, uleiați	– soluție 20 g‰ (0,5 g% Cl activ)
	– amestec cu produsele	• produsele patologice (spută, urină, fecale)	– suspensie 200 g‰ (5 g% Cl activ)
	– spălare, ștergere	• W.C.	– soluție 40-50 g‰ (1-1,25 g% Cl activ)
	– submerjare 2 ore (după spălare)	• plosca, urinarul • olițele	– soluție 40 g‰ (1 g% Cl activ) 1 volum soluție pentru 1 volum obiect
	– submerjare 2 ore	• lenjeria albă	– soluție 10-15 g‰ (0,25-0,37g% Cl activ) supernatantul se folosește
– cloramină (25% Cl activ)	– ștergere	• pavimentul • pereții cu faianță, uleiați	– soluție 20 g‰ (0,5 g% Cl activ)
	– ștergere	• chiuvete • băi • cădițe	– soluție 10 g‰ (0,25 g% Cl activ)
	– ștergere spălare	• mușamale din cauciuc • jucării din material plastic	– soluție 5 g‰ (0,25 g% Cl activ)
	– submerjare după spălare	• termometre	– soluție 5 g‰ (0,125 g% Cl activ)
	– spălare	• plăgile	– soluție 4 g‰ (0,100 g% Cl activ)
– Javel – solid 3,5 g/tabletă	– submerjare – pulberizare pe suprafețe	• vesela • lenjeria • paviment • suprafețe mese • pereți • fântâni • piscine	soluția de lucru: 1–2 tablete la 10 litri de apă 1 tabletă, eliberează 1,5 g clor activ

– apă oxigenată	– spălare	• plăgile	– soluție 3% (preparată din perhidrol 30%)
– permanganatul de potasiu	– spălare	• plăgile • mucoasele	– soluție 1 g/10 000
• substanțe care produc hidroliză: – soda de rufe	– spălare ștergere	• vesela • tacâmurile • dușumeaua	– soluție 1-2 g%
• substanțe care produc coagularea proteinelor: – alcoolul	– badijonare, ștergere	• tegumentele • suprafața mesei de operație • lampa scialitică	– alcool 70°
• săruri ale metalelor grele: – oxicianura de mercur	– spălare	• mucoasele	– 1 g/5 000
• iodofori... – septozol – iodul în soluție apoasă sau alcoolică	– badijonare	• tegumentele	– septozol – tinctură de iod (2% iod) – alcool iodat – benzină iodată (1% iod)
– betadine	– badijonare	tegumente: – înainte de injecții, puncții, operații – în tratarea plăgilor infectate – băi dezinfectante	– soluție 10 mg/ml 1–2 min. soluție 1/10 soluție 1/100
• formolul	– submerjare, pulverizare, vaporizare	• lenjeria colorată • încăperi (saloane) • saltele, pături	– soluție 2 g%–5 g% – 10-15 g/m³ soluție aldehidă formică
– Desogen (amoniu cuaternar, glutaraldehidă, glyoxal, spumanți)	– submerjare – pulberizare – aerosolizare	• veselă • pahare • suprafețe de lucru • aerul din saloane • săli de operație • pansamente	soluția de lucru 0,5% 50 ml la 10 litri de apă sisteme de sprayere cu picătură fină

Pentru eficiența dezinfecției se respectă:

– timpul de acțiune (care depinde de produs)

– concentrația dezinfectantului (mai mare pentru zonele cu încărcătură mare microbiană)

– temperatura

– inactivarea dezinfectantelor (împiedicarea asocierii a două dezinfectante care se inactivează reciproc)

– rezistența germenilor față de anumite dezinfectante (de ex., sporii rezistă la alcool) sau rezistența secundară (prin utilizarea frecventă a unui produs, germenii devin rezistenți la el).

Pentru prepararea și aplicarea soluțiilor dezinfectante se utilizează mănuși din cauciuc.

Dezinfecția se execută conform *ordinelor 190/26 mai 1982* și *984/23 iunie 1994* ale Ministerului Sănătății.

DEZINFECȚIA PIELII

Dezinfecția pielii este o etapă obligatorie înaintea executării unor tehnici precum: injecții, puncții, intervenții chirurgicale.

Schemă în trepte, pentru dezinfecția pielii

	TIP I (risc redus de infecție)
Indicații	– injecția intradermică, subcutanată, intravenoasă, recoltări de sânge
Tehnică	– se aplică dezinfectantul pe piele cu un tampon îmbibat, durata de acțiune fiind 30´´, până când se evaporă dezinfectantul
	TIP II (risc mediu de infecție)
Indicații	– cateterizarea venelor în vederea perfuziei continue, injecția intramusculară, recoltarea sângelui pentru hemocultură
Tehnică	– se curăță pielea cu tamponul îmbibat în dezinfectant, apoi cu un tampon steril – se aplică încă o dată dezinfectantul și se șterge pielea cu tamponul steril, durata de acțiune fiind de cca 30´´
	TIP III (risc mare de infecție)
Indicații	– operații, puncții arteriale, puncțiile unor cavități (pleurală, articulară, osoasă etc.)
Tehnică	– se curăță pielea cu apă și săpun, se epilează, se degresează – se aplică de două ori dezinfectantul, la interval de 2´30´´; durata totală de acțiune este de 5 minute
Persoana care execută dezinfecția poartă mănuși sterile.	

DEZINSECȚIA

Dezinsecția reprezintă totalitatea procedeelor de prevenire și distrugere a înmulțirii insectelor care au rol în transmiterea bolilor infecțioase (muște, gândaci, păduchi etc.).

– *Dezinsecția profilactică* constă în măsurile igienico-sanitare ale locuințelor, ale subsolurilor și în măsuri individuale ale persoanelor, pentru a împiedica dezvoltarea insectelor.

– *Dezinsecția de combatere* se realizează prin procedee fizice, chimice și biologice.

Procedeele fizice – constau în îndepărtarea mecanică a insectelor: pieptănare, periere a părului, scuturarea lenjeriei, călcatul cu fierul încins.

Procedeele chimice – se utilizează substanțe chimice sub formă de pulberi, soluții, aerosoli, gaze cu efect imediat sau remanent una–două săptămâni sau luni, urmărind distrugerea insectelor.

DERATIZAREA

Prin deratizare se înțelege totalitatea procedeelor folosite pentru prevenirea și distrugerea rozătoarelor care au rol în transmiterea bolilor infecțioase (șoareci, șobolani etc.).

– *Deratizarea profilactică* constă în măsuri luate încă din construcția clădirilor, pentru a preveni pătrunderea rozătoarelor.

– *Deratizarea de combatere* constă în folosirea unor procedee mecanice (curse), chimice (substanțe raticide ce pătrund pe cale digestivă sau inhalatorie, producând moartea) și biologice.

STERILIZAREA

Definiție

Sterilizarea reprezintă procesul de distrugere a tuturor microorganismelor vii (bacterii, virusuri, inclusiv spori) de pe instrumentarul medical, materialul moale, echipamentele chirurgicale și de laborator ce vin în contact direct sau indirect cu pacientul.

Eficiența procesului de sterilizare depinde de pregătirea materialului contaminat înainte de a fi supus sterilizării.

Pregătirea materialelor pentru sterilizare se realizează în trei etape: curățarea materialelor, uscarea și ambalarea lor.

a) *Curățarea materialelor, instrumentelor* reprezintă îndepărtarea în totalitate de pe obiecte și instrumente a murdăriei vizibile cu ochiul liber și a unui număr mare de microorganisme.

Curățarea constă într-o spălare inițială a materialelor la jet de apă rece, imediat după folosire, urmată de dezinfecție chimică sau termică. Această dezinfecție presupune distrugerea (inactivarea) majorității microorganismelor.

Dezinfecția chimică se realizează prin imersia materialului contaminat în soluție de sekusept 2% substanță activă, timp de 30 de minute. Timpul de acțiune și concentrația soluției trebuie respectate întocmai.

Dezinfecția termică se realizează cu mașina automată de spălat, destinată spălării instrumentarului chirurgical și a altor echipamente medicale. Se folosește pentru spălare un detergent special – DECONEX. Spălarea se face la 95°C.

b) *Uscarea instrumentarului și a celorlalte echipamente medicale* este esențială pentru garantarea sterilizării.

c) *Ambalarea materialelor* se face astfel:

- Împachetarea instrumentelor în hârtie specială pentru sterilizare (în două straturi);
- Așezarea instrumentarului în cutii metalice cu capac;
- Încărcarea casoletelor cu material textil, 80% din capacitatea casoletei, pentru a permite trecerea aburului.

Metode de sterilizare		Procedee	Ce se sterilizează	Parametrii de sterilizare	Observații
fizice	căldură uscată	flambare	gâtul eprubetelor și al fiolelor	trecere prin flacără	nu are eficiență pentru instrumentarul metalic
		încălzire la roșu	ansa de platină	încălzire până la roșu	se sterilizează înainte și după folosire
		etuva cu aer cald	instrumentar metalic și sticlărie de laborator	180°C-60 min 160°C-120 min	valabilitate 24 h, dacă nu au fost deschise cutiile
	căldură umedă	fierbere	instrumentar metalic, sonde de cauciuc	100°C-30 min din momentul începerii fierberii	valabilitate 3-6 h, dacă trusa nu a fost deschisă
		autoclavare	instrumentar metalic, material textil	134°C-2,4 atm 10 min (vezi anexa 1)	valabilitate 24 h, în cutii metalice sau casolete, dacă nu au fost deschise
			sonde de cauciuc, mănuși chirurgicale	121°C-1,1 atm 20 min (vezi anexa 2)	valabilitate 24 h, dacă cutiile nu au fost deschise
chimice	oxid de etilen (E.T.O.) gaz	autoclavare	materiale plastice, endoscoape termosensibile	50°-60°C-4-6 h	sterilizarea se face numai în ambalaj special (pungi, plastic, hârtie) valabilitate 6 luni

	form-aldehidă	autoclavare (aparat special care transformă soluția de farmaldehidă în gaz)	materiale termosensibile (plastice)	60°-80°C-6-9 h	necesită tip special de ambalare – pungi din plastic, hârtie, valabilitate 6 luni
	glutar-aldehidă soluție (cidex, totacide, aldetex 28)	imersia materialelor în soluția chimio-sterilizantă	materiale termosensibile laparoscopice și endoscopice	imersie timp de 10 h	materialele sunt sterile atâta timp cât stau în soluție; pentru utilizare se clătesc foarte bine cu apă distilată sterilă
	ioni de peracetil (perasafe) acid peracetic 0,26%	imersia materialelor în soluția 16,2 g/l	materiale termosensibile (catetere, sonde, pipe Guedel); instrumentar pentru micro-chirurgie; instrumente din fibre optice	dizolvarea substanței se face în apă de 32°-38°C, se obține soluție albastră; imersie 10 min	produsul nu este toxic, culoarea albastră a soluției se menține atâta timp cât soluția este activă
	plasmă-combinație de peroxizi	sterilizare la cald prin mișcare browniană	materiale termosensibile, endoscoape, cistoscoape, sonde de cateterism	40°-55°C 15-70 min	materialele se ambalează în pungi neceluloziece

Controlul sterilizării este obligatoriu și se face cu ajutorul indicatorilor fizici, chimici și biologici.

Tip de indicatori	Indicatorul	Scopul utilizării și transformări ale indicatorului
Fizici	termometrul – manometrul – imprimante grafice – diagrame	temperatura de fierbere, temperatura pentru autoclavare; presiunea din autoclav pentru sterilizarea diferitelor materiale; etapele procesului de sterilizare la autoclav (încălzire, evacuarea aerului, sterilizarea și uscarea materialelor) (vezi anexele 1 și 2)
Chimici	– indicatori lichizi pentru sterilizarea la abur (acid benzoic)	soluția este transparentă, incoloră și virează de la incolor la brun când sterilizarea este corectă
	– indicatori lichizi pentru sterilizarea cu aer cald	fiole cu o soluție chimică de culoare roșie, după sterilizare, soluția virează la verde
	– indicatori stripuri	banda de hârtie imprimată chimic cu un marker martor și un alt marker de culoare galbenă sau incoloră, care după sterilizare virează la culoarea markerului martor.
	– indicatori chimici impregnați pe marginea pungilor din plastic	
	– bandă adezivă test	se utilizează pentru diferențierea pachetelor, casoletelor sterile de cele nesterile. Demonstrează doar că pachetul, casoleta au trecut procesul de sterilizare.
Biologici (cea mai sigură metodă de control, se face în fiecare săptămână	– bacilul stearo-termophilus	se utilizează pentru sterilizarea cu aburi, fiola cu indicator – fiind mov înainte de sterilizare, își păstrează culoarea după sterilizarea corectă. Dacă virează spre galben, nu s-au atins parametrii de sterilizare.
	– bacilul subtilis	se utilizează pentru sterilizarea uscată și cu gaz. Conținutul fiolelor este de culoare verde, rămâne verde dacă sterilizarea este corectă și virează spre galben, dacă nu s-au atins parametrii de sterilizare.

Notă – Metodele de dezinfecție și sterilizare se aleg ținând cont de tipul de instrumente, de modul de utilizare și de recomandările producătorului.

Categorie de instrumente	Exemple	Mod de sterilizare
Critice – pătrund în țesuturile sterile sau în sistemul vascular	Implante, bisturie, ace, alte instrumente chirurgicale și stomatologice, accesoriile endoscoapelor	Aburi sub presiune, căldură uscată, oxid de etilen, aburi la joasă presiune formaldehidă sterilizanți chimici: glutaraldehidă 2%, acid peracetic diferite concentrații
Semicritice – care vin în contact cu mucoasele sau cu soluții de continuitate ale pielii	Edoscoape flexibile, laringoscoape, tuburi endotraheale, echipament pentru anestezie și respirație asistată Termometre (orale sau rectale) Căzi de baie	Dezinfecție la nivel înalt, cu glutaraldehidă 2%, acid peracetic diferite concentrații, Pasteurizare umedă (70°C-30 min) Dezinfecție cu alcool etilic sau izopropolic 70-90% Iodofori, hipoclorit de sodiu 5,25%
Non-critice – care vin în contact numai cu pielea intactă	Stetoscoape, bazinete, suprafața meselor, pavimentul	Iodofori, Soluții pe bază de clor Timp de contact 10 min

PLATOUL STERILIZĂRII

10 min. —Sterilizare program 2 universal

20 min. ▬Sterilizare program 4

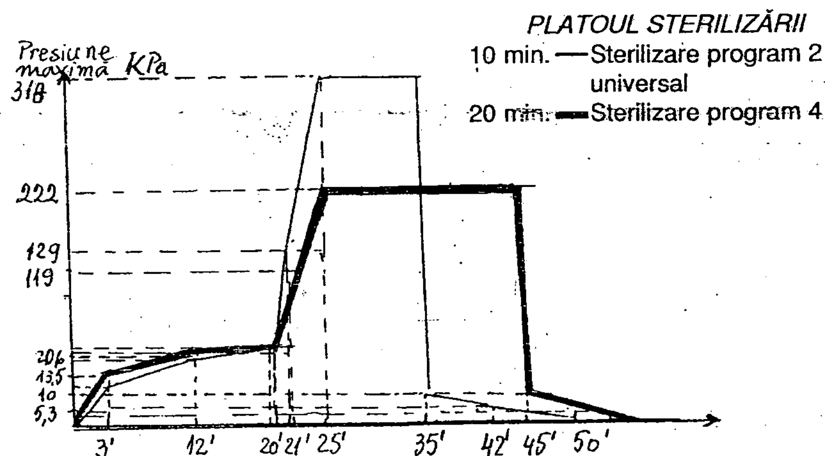


DIAGRAMA STERILIZĂRII

Aparatul sterivap

```
P2 Universal
Start: 19:34 14.05.2001
  Generator propriu

Sfirsit evacuare 1
  Ceas      19:37
  p1max =   12.0 kPa
  p1min =    9.1 kPa

Sfirsit evacuare 2
  Ceas      19:46
  p1max =   20.6 kPa
  p1min =   11.1 kPa

Sfirsit evacuare 3
  Ceas      19:54
  p1max =   20.7 kPa
  p1min =   11.0 kPa

Inceputul incalzirii
  Ceas      19:55
  p1min = 129.7 kPa

Inceput sterilizare
  Ceas      19:59
  p2     =  318.2 kPa
  p1     =  311.7 kPa
  T      =  134.1 oC

Sfirsit sterilizare
  Ceas      20:09
Timpul sterilizarii
         = 00:10:02
  p2     = 322.3 kPa
  p1max  = 314.0 kPa
  p1min  = 310.7 kPa
  Tmax   = 135.9 oC
  Tmin   = 134.1 oC

Inceputul uscarii 1
  Ceas      20:16
  p1     =   10.5 kPa
  T      =   90.9 oC

Sfirsitul uscarii 1
  Ceas      20:24
  p1     =    5.3 kPa

Sfirsit program
  Ceas      20:26
Lungime progr.00:51:47
Sarja  01281

Fara eroare
```

```
P4 Cauciuc
Start: 00:04 31.05.2001
  Generator propriu

Sfirsit evacuare 1
  Ceas      00:07
  p1max =   13.5 kPa
  p1min =    9.1 kPa

Sfirsit evacuare 2
  Ceas      00:11
  p1max =   20.5 kPa
  p1min =   11.1 kPa

Sfirsit evacuare 3
  Ceas      00:16
  p1max =   20.2 kPa
  p1min =   11.1 kPa

Inceputul incalzirii
  Ceas      00:17
  p1min = 119.7 kPa

Inceput sterilizare
  Ceas      00:19
  p2     =  222.0 kPa
  p1     =  210.6 kPa
  T      =  121.3 oC

Sfirsit sterilizare
  Ceas      00:39
Timpul sterilizarii
         = 00:20:01
  p2     = 217.8 kPa
  p1max  = 213.0 kPa
  p1min  = 209.6 kPa
  Tmax   = 123.1 oC
  Tmin   = 121.3 oC

Inceputul uscarii 1
  Ceas      00:43
  p1     =   10.8 kPa
  T      =   70.4 oC

Sfirsitul uscarii 1
  Ceas      00:51
  p1     =    6.3 kPa

Sfirsit program
  Ceas      00:53
Lungime progr.00:48:56
Sarja  01516

Fara eroare
```

Durerea

Durerea	– Este considerată o senzaţie cauzată de un stimul fizic sau de o disfuncţie organică – este un motiv frecvent de adresabilitate la medic – este problema cea mai des întâlnită în practica medicală – are drept efect suferinţa
Prejudecăţi şi idei false despre durere	– dacă sursa durerii nu poate fi precizată (deci, nu are o bază organică), există tendinţa de a ne îndoi de realitatea ei şi a considera persoana în cauză ca pe un pacient dificil, văicăreţ, plângăcios – suprafaţa ţesuturilor lezate este un indicator al intensităţii durerii – un pacient cu durere cronică şi prelungită suferă mai puţin decât unul cu durere acută de scurtă durată – membrii personalului de îngrijire sunt mai bine calificaţi pentru a defini natura durerii unui pacient
Reacţia pacientului la durere	– susţinerea părţii dureroase – poziţie antalgică – grimase, gemete, plâns, maxilare crispate – adresează frecvent întrebări – agitaţie – imobilitate – capacitate de atenţie redusă – evitarea raporturilor sociale – uneori, aceste manifestări lipsesc, ceea ce nu înseamnă că pacientul nu suferă
Factori care influenţează percepţia durerii şi reacţia pacientului	– factorii care diminuează nivelul de conştienţă (anestezice, afecţiuni neurologice) – lipsa somnului amplifică percepţia durerii – experienţe dureroase anterioare: – un pacient poate avea dificultăţi când suportă prima oară durerea – o durere care i-a fost alinată îl face să fie mai bine pregătit pentru a lua măsuri eficace în situaţii similare – un pacient cu experienţe dureroase nu acceptă, obligatoriu, durerea mai uşor – anxietatea – persoana cu emotivitate stabilă tolerează mai bine durerea – valori ataşate durerii – dacă pacientul consideră durerea ca pe o slăbiciune personală sau o pedeapsă meritată, s-ar putea să nu o exprime – dacă o consideră nemeritată sau ca pe o ameninţare a vieţii sale, o va exprima uşor – cultura – unii răspund cu stoicism în faţa durerii (indienii, chinezii) – alţii tind să reacţioneze expresiv (popoarele latine) – mediul – reacţia pacientului diferă în funcţie de locul în care se află: acasă, la locul de muncă, în spital – rolul avut în dinamica familială – o mamă singură, cu trei copii, ignoră durerea, fiind nevoită să meargă la serviciu pentru întreţinerea familiei – prezenţa unor persoane „cheie"-suport – un pacient pentru care susţinerea altora este importantă va simţi cu adevărat nevoia de a semnala deschis durerea – toleranţa la durere (pragul de la care nu mai poate suporta o durere mai intensă sau de lungă durată): 1) este influenţată de voinţa persoanei şi de convingerile sale 2) persoana cu toleranţă ridicată poate suporta suferinţe intense, fără ajutor 3) persoana cu toleranţă scăzută caută să-şi aline durerea înainte ca aceasta să apară (cere algocalmin) 4) uneori, asistenta este tentată să se ocupe de pacientul a cărui toleranţă la durere este crescută, neglijând pe cel ce nu poate suporta chiar durerea uşoară

Plan de îngrijire pentru pacientul cu durere

I. Colectarea datelor	– reacţia pacientului la durere – caracteristicile durerii – debut şi durată – localizare şi iradiere – intensitate – caracterul ei – factori declanşatori sau agravanţi – măsuri luate pentru ameliorare şi efectul terapeutic al acestora – influenţa durerii asupra activităţii cotidiene – semne şi simptome care însoţesc durerea: – cefalee – greţuri – ameţeli – micţiuni frecvente – resurse de adaptare: – susţinerea afectivă – susţinerea spirituală

II. Analiza și interpretarea datelor	– durere legată de fractură, traumatism – disconfort legat de durere – anxietate legată de durere nealinată – alterarea mobilității fizice, legată de durere – deficit de autoîngrijiri, legate de durere – perturbarea conceptului de sine, legată de durerea cronică – insomnie legată de durere
III. Planificare	– pacientul să resimtă scăderea intensității durerii – pacientul să declare ameliorarea disconfortului – pacientul să fie capabil să-și efectueze îngrijirile igienice – pacientul să cunoască tehnici noninvazive de ameliorare a durerii
IV. Intervenții-execuție	– ajutarea pacientului să descrie corect durerea și să sesizeze momentele de remisie sau exacerbare: – se va manifesta înțelegere față de suferința pacientului – pentru localizarea durerii, asistenta va folosi repere anatomice și terminologia descriptivă – pentru intensitatea durerii, va ruga pacientul să utilizeze termeni ca: ușoară, moderată, intensă, insuportabilă – dacă pacientul nu-și găsește cuvinte pentru a descrie durerea, îl va ajuta dându-i exemple, făcând analogii – asigurarea confortului și îndepărtarea factorilor agravanți: – așezarea pacientului în poziție corespunzătoare – întinderea cearșafurilor – retragerea tubulaturii pe care stă culcat pacientul – lărgirea bandajelor prea strânse – schimbarea pansamentelor umede – verificarea temperaturii apei de baie – respectarea regimului dietetic – susținerea inciziei chirurgicale în timpul tusei sau a exercițiilor respiratorii – evitarea expunerii tegumentelor și a mucoaselor agenților iritanți (urină, secreții, materii fecale). – prevenirea retenției urinare – prevenirea constipației – o pregătire preoperatorie adecvată – educație postoperatorie – stimulare cutanată: – aplicarea agenților fizici (căldură, frig) – frecții – masaj – distragerea atenției: – meloterapie, cărți, reviste, TV – fixarea atenției pe alte probleme decât ale durerii respective

	– promovarea unui concept de sine pozitiv: – încurajarea pacientului la orice progres obținut – implicarea pacientului în efectuarea îngrijirilor sale – reducerea intensității durerii: – tehnici de relaxare (reduc și starea de anxietate) – administrarea tratamentului medicamentos prescris de medic – acupunctura, – anestezie locală → intervenții ale medicului – asigurarea odihnei – administrarea analgezicelor înainte de culcare cu 30′
V. Evaluare	– pacientul declară ameliorarea durerii – pacientul resimte starea de confort – pacientul își poate efectua parțial îngrijirile igienice – pacientul cunoaște și aplică corect tehnicile de relaxare

■ DE REȚINUT:
- intervențiile trebuie individualizate
  - se vor asigura diferite metode de alinare a durerii
  - se va alina durerea înainte de a se intensifica
  - se vor folosi măsuri potrivite la momentul potrivit
  - se va ține seama de dorința pacientului de a participa la măsurile de alinare
  - înainte de a abandona o măsură luată, mai încercați o dată
- chiar dacă durerea a fost ușurată parțial, pacientul are nevoie de supraveghere și atenție
- dacă pacientul nu resimte ușurarea durerii, efortul asistentei de a-l învăța autoîngrijirea și motivația pentru a le practica este zadarnic
- un pacient cu durere cronică nealinată poate deveni ușor pradă celor care prescriu remedii neștiințifice, sau se poate îndrepta spre consum de alcool și droguri
- nu se vor da false speranțe în atenuarea durerii – după administrarea tratamentului – întrucât pacientul își va pierde încrederea

Rolul asistentei în ameliorarea reacțiilor emoționale și comportamentale la stres

Stresul	– este răspunsul organismului la acțiunea unor factori interni sau externi – poate avea consecințe fizice, emoționale, sociale	
Factori de stres, în experiența de viață	– graviditate – divorț – pensionare	(indiferent dacă experiența e pozitivă sau negativă, ea poate fi un factor stresant)

Factori de stres în mediul spitalicesc	– internarea pentru o boală care pune viaţa în pericol – pierderea unui organ, a unei funcţii – acceptarea unei intervenţii chirurgicale – explicarea inadecvată a tratamentului şi a tehnicilor – izolarea în cazul bolilor contagioase – atitudinea indiferentă a echipei de îngrijire – prezenţa unor bolnavi grav în acelaşi salon – mediu necunoscut sau dezagreabil din punct de vedere estetic – prezenţa unei aparaturi necunoscute – schimbări în gradul de intimitate
Reacţia pacientului la stres	– creşterea valorilor funcţiilor vitale (puls, tensiune arterială, respiraţie) – palme umede şi reci – cefalee – modificări de apetit – micţiuni frecvente – nervozitate – modificarea obişnuinţelor alimentare – modificarea somnului – diminuarea stimei de sine – scăderea atenţiei la detalii – pierderea interesului – lipsa motivaţiei
Intervenţiile asistentei	– identificarea agenţilor stresanţi şi ajutarea pacientului să-i evalueze – încurajarea pacientului să formuleze propriile sale obiective – identificarea resurselor de adaptare a pacientului şi a modului cum pot fi ele utilizate – crearea de obişnuinţe noi (în situaţiile de stres, obiceiurile servesc la conservarea energiei) – evitarea schimbării (vor fi acceptate schimbările necesare şi inevitabile; tensiunea creată prin mai multe schimbări creşte riscul stresului) – acordarea timpului necesar pentru ca pacientul să se concentreze asupra agenţilor stresanţi şi să se adapteze – modificarea mediului (fără surse de stres; un mediu de siguranţă) – educaţia pacientului: – utilizarea eficientă a timpului liber (o persoană care-şi utilizează eficace timpul trăieşte mai puţin stresul legat de activităţi sociale, familiale) – practicarea exerciţiilor fizice (scade starea de tensiune şi uşurează relaxarea) – alimentaţia raţională (obiceiurile alimentare nesănătoase pot exacerba reacţia la stres) – odihnă suficientă (ajută la controlul stresului)

	– utilizarea tehnicilor de relaxare – încurajarea pacientului să dezvolte contacte sociale, să participe la activităţi recreative – ajutarea pacientului în rezolvarea unei probleme de stres imediat, în sensul perceperii realiste a evenimentului şi a utilizării adecvate a mecanismelor de adaptare – explicarea tehnicilor ce urmează a fi efectuate – facilitarea vizitelor prietenilor, a familiei

Exemple de intervenţii autonome

corespunzătoare problemelor asociate nevoii de a evita pericolele (exemple selectate din: L. Grondin, R.J. Lussier, M. Phaneuf, L. Riopelle, *Planification des soins infirmiers. Modèle d'interventions autonomes).*

În încheierea capitolului consacrat etapelor procesului de îngrijire vom exemplifica diferitele tipuri de intervenţii autonome pe care asistenta medicală trebuie să le desfăşoare. Am ales, pentru ilustrare, intervenţiile corespunzătoare problemelor de dependenţă *asociate nevoii de a evita pericolele, întrucât aceste tipuri de probleme (anxietate, durere, stare depresivă, frică etc.) se regăsesc la toate nevoile prezentate şi sunt întâlnite în majoritatea bolilor.*

*Intervenţiile sunt prezentate atât în funcţie de **problemele** [P] identificate, cât şi în funcţie de **diagnosticul de îngrijire (problemă + etiologie)** [DI = P + E].*

Intervenţii corespunzătoare

[P] Anxietate moderată	***Asistenta:*** – favorizează adaptarea persoanei la noul mediu – identifică împreună cu persoana cauza anxietăţii şi/sau factorii declanşatori: metode de investigare, tratamente etc. – furnizează explicaţii clare şi deschise asupra îngrijirilor programate – ajută persoana să-şi recunoască anxietatea – creează un climat de înţelegere empatică – asigură un climat de calm şi securitate – respectă tăcerile şi plângerile persoanei pentru a-i permite să-şi controleze emoţiile – asigură un climat calm, de securitate, la nevoie, veioză, clopoţel, semnal de alarmă etc. – diminuează stimulii auditivi şi vizuali: zgomote şi lumină intensă – asigură activităţi distractive, la alegerea pacientului – prevede un timp, zilnic, pentru a permite pacientului să-şi exprime incertitudinile şi să fie sigur de prezenţa noastră – răspunde la întrebările persoanei

	Precizare: – În timpul zilei, cel puţin o dată, asistenta trage scaunul lângă patul pacientului şi stă de vorbă cu el – Acest gest insuflă un sentiment puternic, „că asistenta nu va fugi îndată afară pe uşă" Pacientului îi păreţi mai disponibilă şi mai interesată de persoana sa – Doar simplul fapt că altcineva înţelege o problemă poate fi liniştitor, îi poate oferi un sentiment de siguranţă – Dacă pacientul se simte înţeles, anxietatea sa se va diminua.
[DI]: Anxietate moderată cauzată de lipsa de cunoaştere a mijloacelor ajutătoare	– identifică cunoştinţele pe care le are persoana pentru a-şi diminua anxietatea – îl învaţă tehnici de relaxare – îl determină să practice o tehnică de relaxare de... ori/zi – sugerează persoanei utilizarea gândurilor pozitive privind evenimentele ameninţătoare (la nevoie) – verifică cum a înţeles învăţămintele, informaţiile date.
[P]: Anxietate severă	În afara intervenţiilor expuse anterior: – diminuează stimulii auditivi şi vizuali: radio, zgomote, lumină, televizor etc. – stă în preajma persoanei, la nevoie – determină persoana să practice exerciţii de relaxare: respiraţie abdominală profundă, concentrându-se asupra expiraţiei ... minute, de ... ori/zi – în caz de hiperventilaţie, asistenta îi spune persoanei să respire în acelaşi timp cu ea într-un ritm lent – explică faptul că diminuarea respiraţiei la un ritm de 10-12 minute îl poate ajuta – permite unui membru al familiei să stea lângă persoană, până când panica va ceda – prevede o perioadă de timp, zilnic, pentru a permite persoanei să-şi exprime sentimentele – evită să atingă persoana fără permisiunea ei – îndepărtează toate elementele ameninţătoare pentru persoană sau alţii – ţine mâna persoanei, dacă o doreşte – face masaj al spatelui, mâinilor şi picioarelor ... minute, de ... ori/zi
[P]: Dificultate/ incapacitate de a-şi păstra sănătatea	– ajută persoana să identifice factorii care-i alterează capacitatea de a-şi conserva sănătatea – face cu persoana un bilanţ al forţelor şi deficienţelor sale – face un plan zilnic de menţinere a sănătăţii, cu persoana sau cu un aparţinător: alimentaţie, îngrijiri de bază, somn, exerciţii, eliminare etc.

	– asigură un climat cât mai personal posibil: obiecte personale, fotografii etc. aduse de acasă – explică toate tratamentele viitoare şi măsurile de luat – furnizează explicaţii simple în acord cu nivelul de înţelegere al persoanei – identifică cu persoana aparţinătorii care-i pot servi de susţinători şi-i include pe aceştia în programarea planului de menţinere a sănătăţii – aduce la cunoştinţă, înainte de externare, datele controalelor medicale la spital sau dispensar – recomandă un comportament pozitiv cu privire la conservarea sănătăţii
[P]: Durere acută	– evaluează caracteristicile durerii: localizare, intensitate, durată, frecvenţă, factorii care-i cresc sau diminuează intensitatea – stabileşte schema apariţiei şi diminuării durerii pentru a regrupa îngrijirile în consecinţă – observă poziţia de protecţie adoptată de persoană – plasează persoana într-o poziţie antalgică – utilizează mijloace suplimentare pentru reducerea durerii: băi calde, pungă cu gheaţă sau apă caldă, dacă este indicat – recomandă persoanei să semnaleze durerea de la apariţie (întârzierea face grea reducerea durerii) – asociază medicaţia analgezică cu un masaj, o atingere terapeutică – determină persoana să practice o respiraţie abdominală 5-10 minute după administrarea medicaţiei analgezice – arată persoanei că se preocupă de ea ca un tot unitar, nu numai de durerea sa – informează pacientul în termeni simpli – informează asupra evoluţiei durerii, a diminuării şi toleranţei şi acţiunii medicamentului – ajută persoana în activităţile zilnice, la nevoie, pentru a-i permite să-şi conserve energia – schimbă poziţia în pat, la ... ore – explică persoanei că-i este permis să se plângă sau să-i fie teamă, să-şi exprime mânia sau frustrarea – învaţă persoana cum să-şi administreze medicamentele, efectele lor secundare şi durata de acţiune – pentru diminuarea durerii ajută persoana în activitatea zilnică: alimentaţie, hidratare, igienă, mobilizare etc. şi progresiv lasă persoana să le îndeplinească singură – evaluează capacitatea fizică a persoanei În caz de capacitate fizică bună, pentru diminuarea durerii: – ajută persoana în deplasările sale, la nevoie – o determină să practice exerciţii ale musculaturii, în limita toleranţei, ... minute/oră, de ... ori/zi – administrează analgezicul cu 20-30 de minute înainte de a face exerciţii sau activitate

[P]: Durere cronică	– folosește la alegerea persoanei, mijloace de destindere: masaj, lectură, muzică etc. – imobilizează regiunea dureroasă – programează activitățile ținând cont de limitele persoanei – sugerează să crească progresiv durata exercițiilor și mișcărilor, fără să exagereze – face un masaj al spatelui, mâinilor și/sau picioarelor, la nevoie – în caz de migrenă, sugerează persoanei să se culce într-o cameră liniștită cu o pungă de gheață pe cap și un șervețel rece pe ochi, la primele semne ale migrenei
[P]: Stare depresivă	– limitează atenția acordată gândurilor triste (readuce persoana la timpul prezent) – arată calm, căldură, dar fără exuberanță, pentru a fi în acord cu sentimentele persoanei – subliniază necesitatea îngrijirii personale: coafură, manichiură, barbă etc. – determină pacientul să practice exerciții musculare ... minute, de ... ori/zi – felicită pacientul dacă execută activități – determină persoana să practice afirmații despre sine: „sunt capabilă, sunt sănătoasă, sunt calmă și flexibilă" – sugerează să se întâlnească cu o persoană care a trăit aceeași problemă
[P]: Perturbarea stimei de sine	***Precizare:*** pentru a face diferența între: perturbarea stimei de sine și perturbarea imaginii de sine, dăm definiția fiecăreia. ***Definiție:*** diminuarea sentimentelor propriei valori și a competenței ***Intervenții:*** – după ce ascultă persoana, limitează expresia sentimentelor negative – identifică cu persoana situațiile și evenimentele care sunt cele mai amenințătoare pentru ea – explorează cu persoana mecanismele de adaptare pe care le folosește pentru a face față situațiilor: cerere de informații, reflectare, confidențe, repaus, canalizarea energiilor în muncă, menaj, alcool, umor, drog, medicamente, hipersomnie. – întărește mecanismele sănătoase de adaptare – determină pacientul să participe la activități recreative, educative, care să-i permită recâștigarea stimei de sine

[DI]: Perturbarea stimei de sine, cauzată de neadaptarea la o criză sau o situație	– explică persoanei că toate pierderile ocazionale (divorț, șomaj, retragere) cer o perioadă de adaptare – subliniază că fiecare adaptare aduce la început un sentiment de insecuritate – ajută să accepte situația, explicându-i că dependența fizică nu-i diminuează valoarea umană – determină pacientul să participe, pe cât posibil, la îngrijirile sale pentru a-i da sentimentul de control al situației – planifică împreună cu persoana îngrijirile cotidiene, astfel încât să-i redea progresiv independența
[P]: Perturbarea imaginii de sine	***Definiție:*** percepție negativă pe care individul o încearcă privind aspectul fizic în urma pierderii unui organ sau a unei funcții, sau amenințare la adresa integrității personalității. ***Intervenții:*** – evaluează gradul anxietății care însoțește pierderea fizică – permite să-și exprime negarea, la început, pentru a o ajuta să se adapteze – după câtva timp, va limita negarea și o va readuce la realitate cu abilitate – ajută persoana să se pună în valoare prin aspectul ei: coafură nouă, îmbrăcăminte care-i stă bine – explică persoanei că e normal să resimtă mânie, frustrare sau depresie în această situație – o determină progresiv să-și privească plaga, amputația, colostomia, mastectomia, arsura etc. – o face să participe progresiv la îngrijiri: îngrijirea colostomiei, pansament etc.
[P]: Frica	– identifică, împreună cu persoana, natura, intensitatea, cauzele fricii, la nevoie – familiarizează persoana cu mediul nou – furnizează explicații scurte, precise, asupra îngrijirilor programate – planifică cu o echipă de îngrijire o perioadă de ... minute zilnic, în preajma persoanei
[DI]: Frica pricinuită de incapacitatea de a face față realității tratamentului	– explorează obiectul fricii, pentru a identifica cu precizie ce găsește persoana ca amenințare în această experiență: mijloace de investigare, anestezie, intervenție, chimioterapie, radioterapie sau alte tratamente; frica de diagnostic grav, de durere, de a fi singură – identifică nivelul anxietății persoanei – clarifică perceperea eronată față de obiectul fricii

	– înaintea oricărei examinări sau tratament, aduce la cunoştinţa persoanei semnele la care trebuie să fie mai atentă şi ce va simţi – spune persoanei că nici o decizie nu o va lua fără să o consulte – menţionează rezultatele investigaţiilor – explică persoanei care se teme de singurătate că un membru al echipei de îngrijire va fi la dispoziţia sa, la nevoie
[DI]: Frică, din cauza tulburărilor de gândire	– supraveghează persoane cu halucinaţii, la ... minute – asigură un climat de securitate: ridică lateralele patului, elimină toate obiectele ce ar putea răni persoana sau pe ceilalţi – evită să judece sau să minimalizeze impresiile dezagreabile cauzate de dezorientare, iluzii şi halucinaţii – evită discuţiile lungi asupra conţinutului halucinaţiilor; îi va spune simplu că nu este ceea ce ea percepe – stabileşte limitele comportamentului neacceptat: violenţe verbale sau altele
[P]: Refuz de a se conforma tratamentelor	– corectează la nevoie opiniile greşite – identifică, împreună cu persoana, elementele care intră în conflict cu tratamentul: religie, cultură, mod de viaţă – identifică, împreună cu persoana, celelalte cauze ale refuzului său: frica, durerea, experienţele trecute sau experienţele aparţinătorilor, lipsa de cunoştinţe etc. – explică persoanei că este normal să-i fie frică, să fie depresivă, să simtă frustrarea sau mânia în aceste circumstanţe – explică persoanei că mânia, frustrarea etc. fac parte din evoluţia normală a bolii – manifestă o atitudine de „a nu judeca“ faţă de refuzul tratamentului – o determină să se exprime asupra efectelor secundare dezagreabile ale tratamentului: greţuri, vărsături, stare depresivă, somnolenţă, diminuarea libidoului etc. – dă explicaţii precise asupra efectelor secundare şi a metodelor de a le diminua În caz de insatisfacţie privind sistemul de îngrijiri: – permite exprimarea criticilor pentru a face modificările posibile – înlesneşte întâlniri cu autorităţile, la nevoie – respectă interdicţiile şi regulile religioase – acordă persoanei şi aparţinătorilor suficient timp pentru a integra informaţiile primite în sistemul lor de valori şi cultură înainte de a lua o decizie – înaintea oricărui tratament, examinare, va specifica la ce trebuie să fie atentă şi ce va simţi – nu-i comunică multe detalii care pentru persoana anxioasă ar putea fi dăunătoare

[P]: Risc de accident	– orientează persoana în timp, spaţiu şi anturaj, la fiecare ... ore – dacă se manifestă o anxietate puternică sau panică, se planifică intervenţiile potrivite – determină factorii de risc: deficite senzomotorii, confuzii, hipotensiune ortostatică, slăbiciune etc. – menţine următoarele mijloace de siguranţă • aparate de mobilitate: baston, cârje, proteze, cadru de susţinere pentru mers, balustrade pentru scări, bare de sprijin • clopoţel de apel • mijloace de imobilizare • pantofi potriviţi • pardoseală uscată, cale de mişcare liberă – ajută persoana să îndeplinească anumite activităţi – informează persoana asupra măsurilor de securitate care trebuie respectate – evaluează forţa musculară a bicepşilor şi a cvadricepşilor – propune exerciţii de întărire a acestor muşchi – aşază patul în poziţia cea mai joasă (cu excepţia procedurilor de îngrijire) – menţine blocate rotilele patului – plasează în permanenţă la îndemâna bolnavului efectele personale ale acestuia – asigură scaunul special de toaletă, la nevoie – explică persoanei cum să procedeze la transbordări (din pat în scaun etc.) – supraveghează temperatura apei şi alimentelor, pentru a evita arsurile – nu lasă la îndemâna persoanei medicamente şi substanţe periculoase (chibrituri etc.) – aranjează spaţiul înconjurător al persoanei, împreună cu aceasta, pentru a evita obiectele şi situaţiile ce ar putea genera accidente – menţine uşile încuiate cu cheia, dacă este nevoie – nu lasă persoana în cadă fără supraveghere – asigură o iluminare corespunzătoare în permanenţă, cu o veioză de noapte – anticipează necesităţile persoanei, la nevoie – se asigură că persoana bea şi mănâncă încet, pentru a evita riscul de sufocare – evită alimentele uscate pentru persoanele care au tendinţa de sufocare *În caz de crize convulsive:* – supraveghează accidentele, pericolele de cădere – nu introduce nimic între dinţi, dacă gura este închisă

	– dacă gura este deschisă, se plasează un şervet pliat, pentru a evita muşcarea limbii – îndepărtează orice obiect de care persoana ar putea să se lovească – întoarce capul persoanei pe o parte, pentru a evita aspirarea secreţiilor
[DI]: Risc de accident, cauzat de confuzie	– observă cu atenţie schimbările de comportament – orientează persoana în timp, spaţiu şi anturaj folosind calendar, orologiu, mijloace vizuale uşor de citit – asigură în preajma persoanei o prezenţă pe care să o cunoască şi cu care se simte în siguranţă – în timpul îngrijirilor îi explică ce i se face sau ce i se va face, într-un limbaj pe care-l înţelege – asigură satisfacerea nevoilor fundamentale, lăsându-o autonom pe cât posibil: alimentaţie, igienă etc. – se apropie de persoană cu o atitudine deschisă, blândă, surâzând tot timpul
[DI]: Risc de accident, cauzat de necunoaşterea mijloacelor de prevenire	– conştientizează persoana asupra mijloacelor de prevenire a lovirilor: a) în mediu spitalicesc: persoana predispusă de a face hipotensiune ortostatică sau care este slăbită, să se ridice încet, privirea înainte, încălţăminte cu toc jos, nealunecoasă; folosirea corectă a ochelarilor, cârjelor, suporturi de-a lungul coridorului b) la domiciliu: folosirea unui suport de baie, scaun de baie, evitarea parchetului lustruit, mochetelor de dimensiuni mici, cabluri întinse pe jos, apă prea caldă, de către persoane cu tulburări senzoriale – explică aparţinătorilor regulile privind securitatea persoanei confuze: balustrade la scări, zăvoare de securitate, supraveghere continuă privind aparatele electrice, pericolul focului, fugii etc.
[P]: Doliu	***Definiţie:*** durere profundă, urmare a unei pierderi (persoană, obiect, rol, funcţie fiziologică, parte a corpului). Doliul poate fi anticipat sau real. ***Intervenţii:*** Asistenta: – identifică, împreună cu persoana, faza doliului în care se găseşte – planifică o prezenţă de ... minute/zi în preajma persoanei – favorizează exprimarea sentimentelor de doliu – informează persoana de fazele evolutive normale ale doliului

	– ajută persoana să înţeleagă reacţiile sale la doliu şi să le considere normale în această situaţie – ajută persoana să utilizeze resursele de susţinere disponibile: familie, prieteni, resurse comunitare etc. – explică persoanei şi aparţinătorilor cum se poate manifesta reacţia de doliu – ajută familia să susţină persoana care trăieşte doliul – ajută persoana şi familia să traverseze fazele doliului prin prezenţa şi înţelegerea sa

Precizare: Reacţiile de doliu parcurg 5 faze similare cu cele descrise de Elisabeth Kubler-Ross, în cazul bolnavilor incurabili, din momentul în care aceştia află diagnosticul. Am considerat util să prezentăm şi manifestările de dependenţă, în raport cu cele 5 faze, întrucât această corelare nu se face în anexa nr. 3.

	Manifestări de dependenţă	**Intervenţii**
În faza negării	– negarea realităţii – fantasme – refuz de a accepta pierderea – retragere	– favorizează exprimarea liberă a sentimentelor negative ca un mecanism de apărare, la nevoie – evită întărirea negării
În faza de mânie	– agresivitate – ostilitate – insomnie – iritabilitate – frică – sentiment de culpabilitate	– favorizează exprimarea liberă a sentimentelor de mânie, la nevoie – explică persoanei că mânia îi va permite mobilizarea energiilor
În faza de negociere	– promisiuni privind schimbarea obiceiurilor de viaţă – disponibilitatea de a accepta orice tratament – exprimarea de sentimente şi gânduri legate de pierderea suferită	– favorizează exprimarea dorinţei de negocieri cu Dumnezeu, cu viaţa, cu sănătatea, pentru a întârzia clipa fatală – ajută persoana să-şi exprime sentimentele de culpabilitate şi explică faptul că sentimentele de culpabilitate fac parte în mod normal din evoluţia doliului
În faza de depresie	– disperare – nelinişte – idei de sinucidere – inerţie – pierderea apetitului – perturbarea somnului – facies trist – plâns – retragere – tristeţe	– favorizează exprimarea liberă a sentimentelor de depresie, la nevoie – ajută familia favorizându-i dialogul cu persoana

În faza de acceptare	– expresia calmului și seninătății – expresia acceptării pierderii	– ajută persoana să-și satisfacă nevoile de bază: hidratare și alimentare, îngrijiri igienice, fricționări etc. – explică membrilor familiei că este important pentru ei și muribund să-i stea în preajmă, să-l îngrijească, să-l atingă, să-i vorbească cu dragoste – fără a-i spulbera toate speranțele, asistenta nu va întreține speranțe irealiste, în situația sa – ajută persoana și familia să traverseze faza doliului – respectă lacrimile și tăcerile persoanei, pentru a-i permite exprimarea sentimentelor de pierdere – evită încurajările facile – asigură persoanei un suport religios, adaptat la credințele sale, la nevoie – evită să judece valoarea sentimentului legat de persoana decedată – reconfortează persoana dându-i speranțe privind ameliorarea durerii, inconfortului etc. ● Dacă doliul este recent: – evită să-i spună că înțelege ceea ce resimte, dacă n-a trecut un moment asemănător – o face să înțeleagă că sentimentul de vină și mânie acompaniază uneori doliul ● Dacă doliul este mai puțin recent: – explică persoanei că este normal să reia contactul cu activitățile anterioare și să investească în relații noi – explorează cu persoana activitățile în care își poate canaliza energia sa și favorizează îndepărtarea sentimentelor legate de pierdere – explică persoanei că este normal ca sentimentele de doliu să nu constituie centrul preocupărilor sale – ajută persoana să identifice forțele sale pentru a face față la reintegrarea în viața normală.

„Cuvântul este sunet și culoare, e mesagerul gândului uman." (T. Vianu)

10. NEVOIA DE A COMUNICA

Definiție:

Nevoia de a comunica este o necesitate a ființei umane de a schimba informații cu semenii săi. Ea pune în mișcare un proces dinamic, verbal și nonverbal, permițând persoanelor să se facă accesibile una alteia, să reușească să pună în comun sentimentele, opiniile, experiențele și informațiile.

I. *Independența în satisfacerea nevoii*

Omul are nevoie de alte persoane pentru a răspunde ansamblului necesităților sale vitale și pentru a-și satisface nevoile sale superioare.

Familia, anturajul, ansamblul instituțiilor societății, prin intermediul comunicării, concură la transformarea copilului într-un individ în toată plenitudinea sa.

Comunicarea se realizează în *două* moduri:

– *modul nonverbal* – limbajul corpului (expresia ochilor, a figurii, gesturile, postura, mersul) este o formă arhaică de transmitere a trăirilor noastre interioare;

– *modul verbal* – este, prin excelență, vehicul al gândirii; limbajul verbal permite o exprimare mai clară, mai precisă și mai nuanțată a semnificațiilor de exteriorizat; limbajul scris este mai cizelat; pentru a reda intonațiile, nuanțele, este însoțit de semne de punctuație.

Omul este capabil de a comunica cu semenii săi din punct de vedere fizic, dar este capabil să primească și stimuli intelectuali, afectivi și senzoriali, care îi sunt transmiși din anturajul său.

Pentru a se realiza din plin din punct de vedere al nevoii de comunicare, individul trebuie să aibă o imagine pozitivă despre sine, o cunoaștere a eului său material, adaptiv și social.

Independența în satisfacerea nevoii de comunicare presupune integritatea individului, a organelor de simț, o dezvoltare intelectuală suficientă pentru a înțelege semnificația mesajelor schimbate.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii de comunicare

Factori biologici	– *integritatea organelor de simț:* – stare optimă de funcționare a văzului, a auzului, a mirosului, a gustului, a pipăitului – auzul, văzul permit comunicarea cu lumea exterioară; gustul, pipăitul protejează individul față de pericolele din lumea înconjurătoare

	– *Integritatea organelor fonației* permite comunicarea verbală – *Integritatea aparatului locomotor* face posibilă comunicarea nonverbală (gesturi, mişcări) – *Răspunsul erogen:* reacția susceptibilă de a provoca o excitație sexuală
Factori psihologici	– *Inteligența* – comunicarea este influențată de gradul de inteligență a individului, de puterea de înțelegere a stimulilor primiți, de gândire, imaginație, memorie – *Percepția*: reflectarea personală a unui fenomen, obiect, care se face cu ajutorul simțurilor; funcția perceptibilă este educabilă – *Emoțiile* sunt exprimate prin expresia feței, prin debitul verbal (bucurie-tristețe; râs-plâns)
Factori sociologici	– *Anturajul* este determinant în satisfacerea nevoii de comunicare; climatul armonios în anturaj, în familie permite individului să stabilească legături afective; schimbul este trecerea unui mesaj de la o persoană la alta – *Cultura* și *statutul social* – educația, cultura joacă un rol important în comunicare – *Personalitatea* – comunicarea e influențată de stadiul de dezvoltare a personalității umane; personalitatea determină individul să fie încrezător în capacitățile sale de a se exprima, a se afirma, să stabilească legături semnificative cu cei din jur.

Manifestări de independență

a. Manifestări de ordin biologic

Funcționarea adecvată a organelor de simț	– acuitate vizuală – acuitate auditivă – finețe gustativă și a mirosului – sensibilitate tactilă
Debit verbal	– uşor – ritm moderat – limbaj clar, precis
Expresie nonverbală	– mişcări – posturi şi gesturi ale mâinii – facies expresiv – privire semnificativă – mecanisme senzoro-perceptuale adecvate

b. Manifestări de ordin psihologic

Exprimare uşoară	– a nevoilor, a dorințelor, a ideilor, a emoțiilor – exprimare clară a gândurilor
Imagine pozitivă de sine	– cunoaşterea sinelui material, spiritual şi social
percepția obiectivă a mesajului primit și capacitatea de verificare a percepțiilor sale	
exprimarea sentimentelor prin pipăit	
utilizarea adecvată a mecanismelor de apărare	
atitudinea receptivă și de încredere în alții	
capacitatea de a angaja și menține o relație stabilă cu semenii	

c. Manifestări de ordin sociologic

apartenența la grupuri de diverse interese
stabilirea de relații armonioase în familie, la locul de muncă, în grupuri de prieteni

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței nevoii de comunicare

– explorează împreună cu pacientul, mijloacele sale de comunicare
– învață pacientul:
  – să mențină integritatea simțurilor (văzului, auzului, gustului, mirosului)
  – să utilizeze mijloacele specifice de exprimare a sentimentelor, a emoțiilor
  – să aibă o atitudine de receptivitate și de încredere în alte persoane
  – să mențină legături cu persoanele apropiate

II. *Dependența în satisfacerea nevoii de comunicare*

Dacă comunicarea nu este satisfăcută, pot surveni următoarele **probleme**:

1. **Comunicare ineficientă la nivel senzorial și motor**
2. **Comunicare ineficientă la nivel intelectual**
3. **Comunicare ineficientă la nivel afectiv**
4. **Confuzie**
5. **Singurătate**
6. **Atingerea integrității funcției și rolului sexual**
7. **Izolare socială**
8. **Perturbarea comunicării familiale**

(4–8) } vezi anexele 2 și 3

Surse de dificultate

Surse de ordin fizic	– atingere cerebrală sau nervoasă – tulburări circulatorii cerebrale; accident vascular cerebral – degenerescenţă; traumatisme; oboseală – deficit senzorial; surmenaj – obstacole în funcţionarea simţurilor şi a limbajului (pansamente, aparate) – durere; dezechilibrul hidroelectrolitic – droguri, medicamente, alcoolism
Surse de ordin psihic	– tulburări de gândire – pierdere, separare, stare de criză – anxietate, stres
Surse de ordin sociologic	– poluare – mediu inadecvat (locuinţă, loc de muncă, de recreare) – climat – conflicte, eşec, statut social şi economic defavorabil
Lipsa cunoaşterii	– insuficienta cunoaştere de sine, a altora şi a mediului ambiant

Dezvoltăm în continuare trei probleme

1. Comunicare ineficace la nivel senzorial şi motor

Este dificultatea individului de a capta, prin intermediul simţurilor sale, mesaje care vin din anturaj, din mediul exterior sau din ambele.

Manifestări de dependenţă

Tulburări senzoriale	– cecitate: pierderea vederii – diminuarea vederii: scăderea acuităţii vizuale – surditate: pierderea funcţiei auditive – hipoacuzie: diminuarea auzului – pierderea sau diminuarea gustului: pierderea combinaţiilor celor patru senzaţii gustative de bază – dulce, amar, acru, sărat (simţul de control al hranei) – anosmie: pierderea mirosului – hipoestezie: scăderea sensibilităţii cutanate – hiperestezie: creşterea sensibilităţii cutanate
Tulburări motorii	– paralizia: dispariţia totală a funcţiei motorii musculare – pareză: scăderea funcţiei motorii musculare – paralizii periferice: scade tonusul muscular, mişcările pasive se pot efectua cu amplitudine mult mai mare – paralizii centrale: tonusul muscular este păstrat sau chiar exagerat, mişcările pasive se pot executa cu amplitudine redusă Se disting: – monoplegia, paralizia unui singur membru – hemiplegia, paralizia 1/2 corp lateral – paraplegia, paralizia membrelor inferioare – tetraplegia, paralizia celor patru membre
Tulburări de limbaj	– afazie: incapacitatea de a pronunţa anumite cuvinte sau de a le folosi, ori ambele – dizartria: dificultatea de a articula cuvintele, pronunţie neinteligibilă – bâlbâiala: greutate în pronunţarea unor cuvinte, repetarea sau omisiunea de silabe, prin prelungirea unor sunete – mutism: bolnavul nu răspunde, nu comunică cu anturajul – dislalia: imposibilitatea de a pronunţa anumite sunete care compun cuvintele; vorbirea devine neinteligibilă
Reacţii afective în insuficienţe sau exces senzorial	– nelinişte: lipsă de linişte sufletească, frământări – inactivitate: lipsa activităţii fizice sau intelectuale, ori ambele – anxietate: sentiment profund de disconfort sau de tensiune, pe care individul îl resimte în faţa vieţii – încetinirea dezvoltării gândirii: ritmul asociaţiilor de idei este mai lent – halucinaţii: percepţii fără obiect; în funcţie de analizatori, sunt halucinaţii auditive, vizuale, gustative, olfactive, cutanate – izolare – singurătate: starea individului de a fi singur, retras

– Intervenţiile asistentei –

Pacient cu comunicare ineficientă la nivel senzorial şi motor

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să fie echilibrat psihic	– linişteşte bolnavul cu privire la starea sa, explicându-i scopul şi natura intervenţiilor – familiarizează bolnavul cu mediul său ambiant – asigură un mediu de securitate, liniştit – administrează medicaţia recomandată de medic
Pacientul să folosească mijloace de comunicare adecvate stării sale	– cercetează posibilităţile de comunicare ale bolnavului – furnizează mijloacele de comunicare – învaţă bolnavul să utilizeze mijloacele de comunicare conform posibilităţilor sale

Pacientul să fie compensat senzorial	– asigură îngrijiri relative la perturbarea senzorială sau motrice a bolnavului (cecitate, surditate, paralizie; are rolul de suplinire pentru satisfacerea nevoilor pe care pacientul nu şi le poate satisface autonom (a mânca şi a bea, a se mişca şi a avea o bună postură, a-şi menţine tegumentele curate şi integre, a evita pericolele) – administrează medicaţia recomandată: unguente, picături oculare, nazale, auriculare – efectuează exerciţii pasive şi active pentru prevenirea complicaţiilor musculare, articulare – pregăteşte bolnavul pentru diverse examinări ale simţurilor şi îl îngrijeşte după examinare

2. Comunicare ineficientă la nivel intelectual

Dificultatea individului de a înţelege stimulii primiţi şi de a-şi utiliza judecata, imaginaţia, memoria, pentru ca să comunice cu semenii.

O atingere a cortexului sau o funcţie inadecvată a facultăţilor intelectuale perturbă individul în modul său de a combina informaţiile pe care le primeşte de la alţii şi de la mediu.

Manifestări de dependenţă

Dificultatea de a-şi aminti evenimentele trecute	– amnezie – tulburare de memorie, caracterizată prin: – amnezie de fixare, de reţinere a faptelor noi – amnezie de evocare, lipsa capacităţii de reproducere sau recunoaştere a unor fapte anterioare – dificultatea de a înţelege, de a face o judecată
Vorbire incoerentă	– comunicare verbală fără legătură cu situaţia dată
Comportament neadecvat	– manifestări neadecvate situaţiei date
Confuzie, obnubilare	– dezorientare în timp, în spaţiu şi referitoare la propria persoană

– Intervenţiile asistentei –

Pacient cu comunicare ineficientă la nivel intelectual

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să fie orientat în timp, spaţiu şi la propria persoană	– ajută bolnavul să se orienteze în timp, spaţiu şi referitor la propria persoană – sugerează pacientului să ţină un jurnal – ajută pacientul să completeze jurnalul – îl ajută să-şi recunoască capacităţile şi preferinţele – lasă bolnavul să facă tot ceea ce poate cu propriile sale mijloace

3. Comunicare ineficientă la nivel afectiv

Reprezintă dificultatea individului de a se afirma, a fi deschis către alţii şi către nevoile lor, de a stabili legături semnificative cu anturajul.

Fiinţa umană care nu poate comunica adecvat suferă interior şi îşi diminuează stima de sine. În consecinţă, capacitatea de afirmare este, de asemenea, redusă şi situaţia sa se schimbă, devine insecurizantă.

Individul nu mai poate stabili legături cu anturajul.

Manifestări de dependenţă

Agresivitate	– manifestare impulsivă de a se certa, bate, ataca pe cei din jur
Alienare mentală	– incapacitatea individului de a deţine controlul asupra propriilor acte; nu poate să-şi aprecieze nici suferinţa şi nici nu răspunde de actele sale
Devalorizare	– percepţie negativă pe care individul o are faţă de valoarea personală şi competenţa sa
Apatie	– indiferenţă faţă de sine şi ceea ce se petrece în mediul său
Egocentrism	– preocuparea exagerată a individului faţă de sine însuşi, de sănătate, de îmbrăcăminte, de ocupaţie, motiv pentru care se crede persecutat
Fobie	– frică obsedantă, direcţionată spre ceva de care bolnavul nu poate scăpa – agorafobie – teama de spaţiu deschis – claustrofobie – teama de a sta închis în cameră – nozofobie – teama de boală
Euforie	– stare de foarte bună dispoziţie, dar fără obiect
Delir	– tulburare de gândire prin prezenţă nemotivată, neconformă cu realitatea, dublată de convingerea pacientului în verosimilitatea ei
Idei de sinucidere, halucinaţii	– percepţii fără obiect, auditive, vizuale
Percepere inadecvată de sine	– percepţia negativă a individului faţă de aparenţa sa fizică

Dificultatea de a se afirma, de a-şi exprima sentimentele, ideile, opiniile dificultatea de a stabili legături semnificative cu semenii	

– Intervenţiile asistentei –

Pacient cu comunicare ineficientă la nivel afectiv

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE	EVALUARE
Pacientul să se poată afirma, să aibă percepţie pozitivă de sine	– pune în valoare capacităţile, talentele şi realizările anterioare ale bolnavului – dă posibilitate pacientului să-şi exprime nevoile, sentimentele, ideile şi dorinţele sale – dă posibilitate pacientului să ia singur decizii – învaţă bolnavul: – tehnici de afirmare de sine – tehnici de comunicare – tehnici de relaxare – ajută bolnavul să identifice posibilităţile sale de a asculta, de a schimba idei cu alţii, de a crea legături semnificative – antrenează bolnavul în diferite activităţi, care să-i dea sentimentul de utilitate	Se vor nota zilnic schimbările survenite în: – dispoziţia bolnavului – în expresia verbală şi nonverbală – în stabilirea legăturilor cu semenii Evaluează schimbările survenite în comportamentul bolnavului faţă de alte persoane.
Pacientul să fie ferit de pericole interne sau externe	– supraveghează în permanenţă bolnavul – administrează medicaţia prescrisă: antidepresive, anxiolitice, tranchilizante – utilizează unele mijloace fizice de imobilizare: – chingi – cămaşă de protecţie	

Comunicarea terapeutică

Definiţie	– componentă a relaţiilor interpersonale asistentă–pacient – un act planificat, deliberat şi profesionist
Scop	– stabilirea unei relaţii umane pozitive, care va permite atingerea obiectivelor de îngrijire – se realizează prin tehnici de comunicare terapeutică, ce au la bază comunicarea verbală şi nonverbală
Condiţii pentru o comunicare eficace	– să se ţină cont de factorii fiziologici şţi socio-culturali, care pot influenţa comunicarea – asigurarea unui confort psihic şi fizic al pacientului – câştigarea încrederii pacientului – respectarea pacientului – mesajul transmis să fie scurt şi clar – vocabularul utilizat să fie pe înţelesul pacientului – debitul verbal să fie potrivit – tonul adecvat – intonaţia să nu fie influenţată de emoţiile sau de oboseala asistentei – să fie ales momentul potrivit – mimică, gesturile să accentueze cuvântul, să-l clarifice sau să ilustreze ideea – să se manifeste solicitudine faţă de pacient – atingerea pacientului (de ex. prinderea mâinii unui pacient trist sau cu dureri) să fie utilizată în măsura în care acesta înţelege bine semnificaţia şi o acceptă ca pe un mesaj de încurajare, tandreţe, susţinere afectivă.
Tehnici de comunicare terapeutică şi rolul asistentei	– ascultare activă: asistenta îşi mobilizează întreaga atenţie pentru a înţelege mesajul pacientului, respectând următoarele reguli: – stă în faţa pacientului când vorbeşte – îl priveşte în ochi, pentru a-i demonstra dorinţa de a-l asculta – adoptă o atitudine decontractată – nu face mişcări care ar putea distrage interlocutorul – îl aprobă când spune lucruri importante – acceptarea: este voinţa de a asculta mesajul unei persoane, fără a manifesta îndoială sau dezgust, chiar dacă sunt divergenţe de idei – asistenta va manifesta toleranţă faţă de pacient – îl va asculta fără să-l întrerupă – îi va da o retroacţiune verbală, pentru a arăta că înţelege ce-i spune – se va asigura că mesajele sale nonverbale corespund mesajelor verbale

	– întrebările: sunt un mijloc direct de comunicare și dau tonul unei interacțiuni verbale – vor fi legate de subiectul discutat – vor fi puse într-o ordine logică – asistenta va fi atentă să epuizeze un subiect înainte de a trece la altul – asistenta va alege întrebările în funcție de răspunsul pacientului – parafraza: redarea mesajului pacientului în cuvintele ei, pentru a se asigura de înțelegerea lui corectă – clarificarea: când intervine o neînțelegere, asistenta poate întrerupe discuția, pentru a clarifica sensul mesajului – focalizarea: centrarea mesajului pe o anumită problemă de sănătate – asistenta va ajuta pacientul să nu descrie în termeni vagi problemele sale – informarea pacientului: – informațiile vor fi date cu regularitate și la momentul oportun – vor fi transmise într-o manieră favorabilă de comunicare cu pacientul – nu se vor divulga date pe care medicul dorește să nu le cunoască pacientul – liniștea: va permite asistentei și pacientului să-și organizeze gândurile – asistenta care asigură liniștea în comunicarea cu pacientul dovedește că este gata să asculte cu răbdare – recapitularea: este o revizuire a principalelor idei discutate – asistenta începe o discuție rezumând-o pe precedenta, pentru a ajuta pacientul să-și amintească subiectele abordate
Stiluri de comunicare ineficace	– a-ți spune părerea are următoarele consecințe: – inhibă personalitatea pacientului – întârzie rezolvarea problemei – nu-i dă pacientului posibilitatea de a lua decizii – a da asigurări false: – împiedică avansarea comunicării – a adopta o atitudine de apărare: – a răspunde criticilor printr-o atitudine defensivă înseamnă a-i nega dreptul pacientului la părerile proprii – a manifesta aprobarea sau dezaprobarea excesiv: – o aprobare excesivă presupune că acesta este singurul lucru acceptabil – o dezaprobare excesivă poate face pacientul să se simtă respins și să evite interacțiunea – a generaliza prin stereotipii: – orice persoană este unică și o generalizare ar nega această unicitate – a schimba subiectul: – este o impolitețe – împiedică comunicarea terapeutică să progreseze – pacientul își pierde firul ideilor și spontaneitatea – mesajul poate deveni confuz

„Înalță-ți sufletul atât de sus, încât nici o ofensă să nu poată ajunge la el."
(Descartes)

11. NEVOIA DE A ACȚIONA CONFORM PROPRIILOR CONVINGERI ȘI VALORI, DE A PRACTICA RELIGIA

Definiție:

A acționa conform propriilor convingeri/credințe și valori este o necesitate a individului de a face/exprima gesturi, acte conforme formației sale, de bine și de rău, de dreptate, de urmare a unei ideologii.

I. *Independența în satisfacerea nevoii*

Nu există ființă umană izolată. Ea este în interacțiune constantă cu ceilalți indivizi, membri ai societății, și cu viața cosmică sau Ființa supremă/absolută.

Această interacțiune scoate în evidență experiența vieții lor, convingerile, credințele și valorile propriei ființe și, pe de altă parte, dezvoltarea personalității.

Căutarea unei concepții unificatoare despre lume, care să ne ajute să vedem viața în ansamblu și să găsim o semnificație în fiecare parte a ei este la fel de veche precum omenirea. Acest rol l-au jucat religiile antice, precum și credințele cu o orientare teologică din timpurile ulterioare. Antropologii constată că și în culturile contemporane primitive există concepții despre lume, prin care se interpretează experiențele oamenilor și le sunt ghidate activitățile.

Cultura apuseană a fost, de asemenea, influențată într-o asemenea măsură de știință și de tehnologie, încât unii afirmă, în prezent, că noi deținem o concepție științifică sau tehnologică despre lume: știința și utilizările ei ne conturează modul de a gândi și dau o nouă dimensiune vieții noastre.

Căutarea perenă a unei concepții despre lume este o căutare a unei vieți care să fie mai degrabă bună decât rea, o căutare a unui scop al existenței, spre a acoperi un gol, o căutare a ceva care promite mai curând speranță, decât disperare.

Concepțiile despre lume diferă în această privință. Unele sunt mai optimiste, iar altele mai pesimiste. Unele sunt profund etice, iar altele doar incidental morale. Nu toate satisfac în mod egal și în același fel dorința omenească, însă toate exprimă o profundă nevoie umană.

Concepția despre lume este necesară ca un ghid al gândirii. O lume plină de lucruri la care ne putem gândi și în care se află o mulțime de idei și teorii, cu privire la tot ce există sub soare, ne obligă să fim selectivi. Însă concepția despre lume mai este necesară și pentru a ne călăuzi acțiunile, cum trebuie să hotărăști între nenumăratele lucruri care trebuie efectuate și printre nenumăratele locuri în care trebuie să te duci, numeroasele genuri de acțiuni și numeroasele vocații posibile.

Este necesară o concepție despre lume pentru a clasifica activitățile posibile și pentru a stabili priorități pentru anumite acțiuni, în cadrul unei activități concrete

(decizii cu privire la carieră, decizii morale, modul de utilizare a timpului, viaţa de familie etc.).

Nici o societate nu poate trăi fără un set de standarde asupra cărora s-a căzut de acord; dragostea, grija, onestitatea, integritatea, încrederea, iertarea, libertatea alegerii, iată numai o parte dintre acestea.

Factorii care influenţează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *Gesturile şi atitudinile corporale*: permit pacientului să îşi satisfacă această nevoie, în funcţie de convingerile proprii, de apartenenţa religioasă sau de amândouă
Factori psihologici	– *Căutarea, cercetarea sensului vieţii şi morţii*: fiinţa umană caută de milenii sensul vieţii şi al morţii; urmărirea acestui obiectiv face individul să realizeze gesturile şi ritualurile care răspund credinţelor/convingerilor şi valorilor sale – *Dorinţa de a comunica cu Fiinţa supremă sau cu cosmosul*: fiinţa umană, în esenţa şi spiritul său, se simte legată de Fiinţa superioară sau energia cosmică şi înfăptuieşte acţiuni care îi permit această comunicare – *Emoţiile*: emoţiile şi impulsurile individului îl determină să realizeze activităţi umanitare, religioase
Factori sociologici	– *Cultura*: toate societăţile vehiculează, prin tradiţiile lor, credinţe şi valori faţă de practicile religioase sau de aplicarea ideologiilor umanitare; unele societăţi permit o practică religioasă specifică, în timp ce altele aderă la practici religioase complet diferite; cultura şi istoria popoarelor influenţează în mare măsură fiinţele umane şi relaţiile lor cu Fiinţa supremă sau relaţiile lor cu ceilalţi – *Apartenenţa religioasă*: influenţează în mare măsură acţiunile pe care le înfăptuieşte individul, pentru a-şi satisface nevoile; pe parcursul socializării copilului, părinţii joacă un rol important în obişnuirea cu credinţe şi valori legate de o apartenenţă religioasă; adultul este, de asemenea, influenţat de normele sociale faţă de apartenenţa religioasă; cu toate acestea, există o anumită alegere de a adera sau nu la o religie, în funcţie de convingerile personale. La persoanele vârstnice, practica religioasă se intensifică sau reapare, dacă a fost abandonată ulterior. Astăzi, în lume sunt cunoscute: – creştinismul, cea mai răspândită religie pe glob – islamismul, prezent în Orientul Apropiat şi Mijlociu – budismul, întâlnit la popoarele asiatice – hinduismul, practicat de hinduşi – mozaismul (iudaism), religia evreilor

Manifestări de independenţă

Credinţe	– convingeri personale ale individului faţă de realitate – asistarea la ceremonii religioase – folosirea obiectelor religioase (şirag de mătănii, imagini)
Religie	– formă a conştiinţei sociale, caracterizată prin credinţa în fiinţe, forţe supranaturale – observarea regulilor unei religii – parcurgerea scrierilor religioase, spirituale sau umanitare
Ritual, rit	– ansamblul de ceremonii religioase proprii unei religii – apartenenţa la grupuri religioase sau umanitare
Spiritualitatea	– ansamblul de credinţe şi practici proprii sufletului – timp de rugăciune şi meditaţie – gesturi şi atitudini corporale
Morală	– ansamblu de reguli de conduită şi valori considerate valabile într-o societate – participarea la fapte de caritate – participarea la fapte de umanitate – angajarea într-o acţiune socială, umanitară sau creativă
Valori	– ansamblul de credinţe şi aptitudini care reflectă nu numai ceea ce este dorit, dar, în aceeaşi măsură, ceea ce este benefic individului; de exemplu frumuseţea, adevărul, binele
Libertatea	– posibilitatea de a acţiona conform propriilor credinţe sau dorinţe; individul are libertatea deplină de acţiune şi sănătate mentală optimă (adaptat)

Intervenţiile asistentei pentru menţinerea independenţei

– determină pacientul să-şi exprime propriile convingeri şi valori
– planifică, împreună cu pacientul, activităţi religioase
– îl informează despre serviciile oferite de comunitate
– mijloceşte desfăşurarea unor activităţi conforme cu dorinţele şi credinţele bolnavului

II. *Dependenţa în satisfacerea nevoii*

De fiecare dată când această nevoie nu este împlinită pot apărea **probleme de dependenţă:**

1. **Culpabilitatea**
2. **Frustrarea**
3. **Dificultatea de a acţiona după credinţele şi valorile sale**
4. **Dificultatea de a participa la activităţi religioase**
5. **Nelinişte faţă de semnificaţia propriei existenţe**

} vezi anexele 2 şi 3

Codul etic al profesiei medicale prevede:
- îngrijirea bolnavului fără diferențe de rasă, credință, ideologie, culoare;
- păstrarea secretului profesional și a confidențelor făcute de bolnav.

Surse de dificultate

Surse de ordin fizic	– lezare fizică – dezechilibru – supraîncărcare – durere – surmenaj
Surse de ordin psihologic	– tulburări de gândire – anxietate – stres – pierdere, separare – divorț, doliu – situații de criză – anestezie, bariere lingvistice, spitalizare – pierderea imaginii și a respectului de sine, pensionare
Surse de ordin sociologic	– conflicte sociale – eșecuri – contradicții cu familia și societatea
Lipsa cunoașterii	– lipsa de cunoaștere a situațiilor, a atitudinilor celorlalți – insuficienta cunoaștere de sine și a mediului

Dezvoltăm în continuare două probleme:

1. Culpabilitatea

Sentimentul dureros, resimțit ca urmare a contrazicerii propriilor convingeri și valori, motiv pentru care individul se simte vinovat.

Orice om este susceptibil de a fi confruntat cu situații în care inițiativele luate sau evenimentele nefericite îi pot provoca un sentiment de culpabilitate.

Gradul, frecvența și raționalizarea acestui sentiment depind, în mare parte, de experiențele trăite și de educația primită în copilărie.

Culpabilitatea este un sentiment fundamental și nemotivat, care se manifestă în surdină, în afara cunoașterii adevăratei sale semnificații. Mai multe situații pot cauza sentimente de culpabilitate: boala, pierderea stimei și a respectului, anxietatea, conflictele sociale.

Manifestări de dependență

Sentiment de culpabilitate	– amărăciune – autopedepsire – autoacuzare – mania de a se scuza inutil – înțelegerea bolii ca o pedeapsă – sentiment de a fi nedemn – poziție curbată – mișcări lente

Manifestări de depresie	– manifestări de furie împotriva lui Dumnezeu – plâns – insomnie – bâlbâială
Manifestări de anxietate	– tahicardie – tegumente reci, umede – hiperventilație – furie – mânie

- Intervențiile asistentei -

Pacient cu sentiment de culpabilitate

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să-și păstreze imaginea pozitivă de sine	– încurajează bolnavul să-și exprime sentimentele în legătură cu problema sa – facilitează satisfacerea convingerilor sale – acționează pentru recâștigarea stimei de sine a bolnavului – planifică, împreună cu bolnavul, activități care să-i dea sentimentul utilității
Pacientul să fie echilibrat psihic	– îl pune în legătură cu persoane dorite, apropiate – administrează, la nevoie, medicație antidepresivă, tranchilizante (la indicația medicului)

2. Frustrare

Condiția individului care se simte refuzat sau își refuză satisfacerea unei nevoi.

Obstacolele în îndeplinirea gesturilor sau a actelor conforme părerii personale de bine, rău sau dreptate și dificultatea de a participa la activitățile religioase dau individului sentimentul de frustrare.

Manifestări de dependență

Senzația de pierdere a libertății de acțiune	– activități (acțiuni) oferite de normele sociale, ce nu pot fi însă folosite de individ, datorită nivelului cultural scăzut, a carențelor educative etc.; aceasta îl determină la izolare sau devianță (agresivitate) – acțiuni contrare dorințelor individului
Sentiment de inutilitate	– amărăciune, tristețe – plâns

Supunere la un regim	– tratament nedorit – medicaţie – alăptare
Incapacitatea de a exercita practici religioase	– incapacitatea de a citi documente religioase, de a participa la activităţile grupului sau de apartenenţă, de a urma exigenţele propriei religii – absenţa locurilor sau a modalităţilor de practicare – căderea la pat – constrângeri fizice – deficit audio-vizual – efecte secundare ale unei medicaţii
Tulburări de gândire	– confuzie – dezorientare – halucinaţii
Îngrijorare faţă de sensul propriei sale existenţe	– grijă faţă de semnificaţia suferinţei sale – grijă faţă de sensul vieţii şi al morţii – preocupare pentru credinţe şi valoarea lor

– Intervenţiile asistentei –

Pacient cu sentimentul de frustrare

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să-şi recapete încrederea în sine	– ajută bolnavul să identifice cauza frustrării – îl încurajează să-şi exprime sentimentele şi nevoile – îl asigură de confidenţialitate şi îi păstrează secretele
Pacientul să aibă o stare psihică bună	– comunică des cu bolnavul, arătându-se plină de solicitudine – caută modalităţi de practicare a religiei (citirea unor documente religioase) – administrează la nevoie medicaţie sedativă

Rolul asistentei în susţinerea spirituală a pacientului

Să aprecieze importanţa credinţei pentru fiecare pacient, în funcţie de stadiul său de dezvoltare:

– *credinţa* influenţează modul de viaţă, atitudinea, sentimentele pacientului faţă de boală şi moarte

– *copilul mic* nu cunoaşte sensul binelui sau al răului, credinţa spirituală; spune rugăciuni înainte de culcare, imitându-i pe părinţi

– *preşcolarul* pune întrebări despre religie şi începe să creadă într-o fiinţă supra-umană; doreşte să afle semnificaţia sărbătorilor şi ritualurile acestora

– *şcolarul* şi *adolescentul* învaţă despre religie, urmează practici religioase, decide dacă acceptă religia familiei sau se converteşte în funcţie de experienţa personală

– *adultul* dedică mai mult timp practicilor religioase

Să sesizeze şi să clarifice impactul credinţei religioase asupra îngrijirilor de sănătate:

– restricţii asupra dietei alimentare
– restricţii la administrarea de medicamente, vaccinuri, sânge
– refuzul unei intervenţii chirurgicale sau al altor proceduri terapeutice
– refuzul unui transplant
– neacceptarea avortului
– neacceptarea internării în spital şi a tratamentului în timpul unor sărbători
– descurajarea eforturilor de prelungire a vieţii
– dorinţa de a sta lângă pacientul muribund şi a îndeplini anumite ritualuri

Să identifice persoanele care au nevoie de asistenţă spirituală:

– pacienţii singuri, care au puţini vizitatori
– cei care-şi exprimă frica, anxietatea
– pacienţii care vor fi supuşi unor intervenţii chirurgicale
– pacienţii care trebuie să-şi schimbe modul de viaţă după boală sau intervenţia chirurgicală
– pacienţii care sunt preocupaţi de relaţia între religie şi sănătate
– pacienţii a căror boală are şi implicaţii sociale
– muribunzii
– cei care prezintă manifestări de dependenţă în satisfacerea nevoii

Să faciliteze satisfacerea nevoii spirituale:

– să permită vizita preotului
– să-i permită pacientului citirea cărţilor religioase
– să informeze pacientul asupra posibilităţii de participare la serviciul religios din cadrul unităţii spitaliceşti
– să i se răspundă la întrebări referitoare la subiecte religioase
– să se marcheze evenimentele religioase (Paşti, Crăciun), utilizând decor adecvat şi alte facilităţi permise
– pacientul să fie ajutat să-şi exprime disconfortul spiritual

Educaţia pacientului:

– în cazul unui conflict între doctrina religioasă şi recomandările terapeutice, pacientul să fie informat despre necesitatea promovării sănătăţii

„Dacă descoperim că viața nu are nici un înțeles, nu ne rămâne altceva de făcut decât să-i dăm un înțeles."
(Lucian Blaga)

12. NEVOIA DE A FI PREOCUPAT ÎN VEDEREA REALIZĂRII

Definiție:

A te preocupa în scopul realizării este o necesitate a oricărui individ de a înfăptui activități care-i permit satisfacerea nevoilor sau să fie util celorlalți.

Acțiunile pe care le înfăptuiește îi permit să-și dezvolte simțul creator și să-și folosească potențialul la maxim.

I. *Independența în satisfacerea nevoii*

Ființa umană simte dorința de a înfăptui lucruri care corespund idealurilor sale.

Relațiile necorespunzătoare între cei care lucrează în cadrul aceluiași serviciu sau șef – subaltern pot genera starea de devalorizare, inutilitate, deoarece individul are nevoie de considerație, dragoste, stimă și respect reciproc în activitatea pe care o desfășoară.

Capacitatea individului de a se realiza este unică și necesară pe tot parcursul vieții.

Unii au nevoie de sprijinul altora, pentru a se pune în valoare, în timp ce alții pot să aprecieze just criticile și să regăsească resursele necesare pentru a se realiza.

Munca trebuie să corespundă nivelului de pricepere și pregătire a omului pentru a nu deveni o povară, ci o plăcere.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *Vârsta și creșterea* Activitatea dominantă a copilului este jocul. Acesta permite copilului să se dezvolte, să cunoască mai adânc lumea înconjurătoare și să se integreze în societate. Prin joc el reușește să cunoască. Jocul influențează toate aspectele dezvoltării copilului, percepție, memorie, imaginație, gândire, sentimente, interese, voință. Se practică jocuri colective, jocuri în care apar conducători și conduși și care dau posibilitatea de afirmare. *Preadolescența* este vârsta când însemnate sunt relațiile lui cu societatea. Activitatea dominantă este învățătura, dar copilul preadolescentă participă și la jocuri. Sunt preferate jocurile de echipă, de întrecere, care cer inventivitate, dârzenie, dăruire. Specifică vârstei este imaginația creatoare ca formă de afirmare a personalității proprii. Conștiința de sine se afirmă puternic, începe să cunoască, observând pe alții și comparându-se cu ei. Este mai critic față de alții decât față de sine. *Adolescența* – experiența, nivelul intelectual și experiența socială permit o mai mare independență în atingerea și conducerea unor activități, dar și responsabilități pentru faptele săvârșite. Adolescența este vârsta formării unui ideal în viață, a proiectării personalității adolescentului în viitor; el este capabil să lupte pentru realizarea acestora. Se autoapreciază mai corect, începe să suporte criticile, să țină cont de punctul de vedere al altora. *Maturitatea* – adultul, care joacă mai multe roluri în societate, este pus în valoare pe măsura alegerii acestora și a satisfacției pe care aceste roluri le dau aspirațiilor lui. Interesul și pasiunea față de muncă, atingerea scopului propus, reprezintă un puternic factor de bucurie. *Persoanele în vârstă* pot, de asemenea, să-și pună în valoare activitățile pe care le înfăptuiesc conform gusturilor și posibilităților fizice, folosind experiența acumulată. Este unul din cei mai importanți factori ai longevității. – *Constituția și capacitățile fizice* Indivizii trebuie să-și aleagă activitățile care să le permită să se realizeze în concordanță cu constituția și capacitățile fizice. Încredințarea unor mari răspunderi sau activități ce solicită eforturi deosebite unor persoane nepotrivite pentru astfel de sarcini le copleșesc și este cauza majoră a oboselii fizice și nervoase.
Psihologici	– *Emoțiile* Apar în cadrul activităților pe care le desfășoară individul și presupun evaluarea, acordarea de semnificație valorică activităților desfășurate. Bucuria, entuziasmul, speranța, plăcerea și bunăstarea influențează satisfacerea acestor nevoi.
Sociologici	– *Cultura* În funcție de cultură, indivizii își aleg o profesie care să le permită afirmarea prin folosirea cunoștințelor acumulate. – *Rolurile sociale* Individul are libertatea alegerii studiilor și a muncii sale, se poate realiza deplin în funcție de normele sociale. De asemenea, individul se realizează în funcție de rolurile pe care le joacă în societate pe măsura pregătirii sale, a voinței și a dorinței de a-și asigura menținerea acestor roluri.

Manifestări de independenţă

Integritatea fizică şi psihică	Activitatea optimă a funcţiilor fiziologice în raport cu constituţia individului. Dezvoltarea armonioasă, integritatea fizică şi psihică permit optarea pentru orice gen de activitate şi îndeplinirea rolurilor sociale.
Manifestări de bucurie şi fericire	– Activitatea pozitivă (stările de satisfacţie, mulţumire, bucurie, entuziasm, dragoste, caritate) este de obicei creatoare, sursa sănătăţii organice şi psihice, deoarece se asociază cu creşterea energiei vitale, cu crearea unei atmosfere de destindere.
Autocritica	– Tendinţa de a lua hotărâri pe baza chibzuinţei proprii, ca o formă de exprimare a independenţei voinţei, se conjugă cu adoptarea unei atitudini critice faţă de ideile şi acţiunile proprii şi cu receptivitatea faţă de opiniile celor din jur.
Luarea de decizii	– Rapiditatea cu care persoana deliberează într-o situaţie complexă şi urgentă şi adoptă hotărârea cea mai potrivită.
Stima de sine	– Aprecierea obiectivă a capacităţilor, a trăsăturilor caracteriale predominante prin comparaţie cu alţii; o trăsătură a cunoaşterii de sine este demnitatea; demnitatea înseamnă conştiinţa propriei valori în condiţiile respectului faţă de alţii, a neacceptării înjosirii şi a puterii de a adopta decizii.
Imaginea de sine	– Să-i placă înfăţişarea sa, aspectul pe care îl are şi să fie sănătos
Comportamentul (legat de stadiul de dezvoltare)	– *Copilul* Mulţumire faţă de un succes şcolar – Aprecierile pe care le fac învăţătorul/profesorul, părinţii, colegii asupra muncii lui îi provoacă emoţii puternice de bucurie şi satisfacţie şi-i stimulează voinţa de a se afirma Activităţi sportive: – inventivitate, dârzenie, dăruire pentru reuşita echipei Activitate pe plan social, familial: – îşi dă seama că munca depusă este importantă, o îndeplineşte cu seriozitate, răspundere – *Adulţi şi persoane în vârstă* Dragoste faţă de muncă: – interesul faţă de muncă, dăruirea influenţează calitatea muncii şi capacitatea de a muncii Aprecierea muncii: – munca trebuie să corespundă nivelului de pricepere şi pregătire, să fie în echilibru cu capacitatea individului. Bucuria rodului muncii, aprecierea colectivului şi condiţiile de lucru corespunzătoare – respectarea tuturor normelor igienice, aparatura corespunzătoare, colectiv în care predomină relaţiile de ajutor, respectul reciproc – sunt factori care stimulează activitatea.

Ambiţia	– Dorinţa arzătoare de a realiza cât mai mult în activitatea depusă
Motivaţia	– Totalitatea motivelor care-l determină să efectueze activităţi prin care să se realizeze
Roluri sociale	– Stăpânirea, punerea în valoare a acestor roluri, prin acţiuni care să determine satisfacţia realizării, a bunăstării (rolul în familie, la locul de muncă, în societate)
Folosirea timpului liber	– Apartenenţa la o grupare socială (culturală, sportivă, politică etc.) dau posibilitatea de a folosi propriile credinţe şi valori în preocupări plăcute şi utile

Intervenţiile asistentei pentru menţinerea independenţei

– se informează asupra dorinţelor şi posibilităţilor intelectuale şi fizice ale persoanei
– îl ajută să-şi facă un plan zilnic
– orientează persoana spre acele activităţi corespunzătoare capacităţii sale şi care-i permit să se realizeze
– încurajează orice activitate care interesează
– îl stimulează şi susţine pentru a obţine performanţa dorită

II. *Dependenţa în satisfacerea nevoii*

Când această nevoie nu este satisfăcută, pot surveni următoarele **probleme**:

1. **Devalorizarea**
2. **Neputinţa**
3. **Dificultatea de a se realiza**
4. **Dificultatea de a-şi asuma roluri sociale**

} vezi anexele 2 şi 3

Surse de dificultate

DE ORDIN	SURSA
Fizic	– diminuarea unei funcţii, handicap, lipsa de control a sfincterelor, neajuns fizic, obstacol pentru mişcări, durere
Psihologic	– tulburări de gândire, anxietate, stres, pierderea imaginii de sine, pierdere – separare, situaţia de criză
Sociologic	– eşec profesional, conflict profesional, condiţie socială, legi şi reglementări în dezacord cu valorile individului, lipsa de cunoştinţe: insuficienta cunoaştere de sine, a altora, a mediului

Prezentăm două probleme de dependenţă:

1. Devalorizarea: percepţia negativă pe care individul o are faţă de valoarea personală şi competenţa sa

Manifestări de dependenţă

Sentiment de inferioritate şi de pierdere a imaginii de sine	– Pacientul nu poate accepta noua stare în care se găseşte, modul cum arată, înfăţişarea sa
Dificultatea în a participa la activităţi obişnuite sau noi	– Starea de dependenţă în care se află nu-i permite participarea la activităţi
Descurajare, depresie	– Stare sufletească de tristeţe asociată cu nemulţumire
Sentimente de izolare, de inutilitate, de respingere	– Îndepărtarea din colectiv, nefolosirea în diverse activităţi
Incapacitatea de a trece peste dificultăţi	– Nu poate depăşi anumite momente critice care i-au diminuat încrederea în sine
Somnolenţă, pasivitate	– Senzaţie de somn, indiferenţă la ce se întâmplă în jurul său
Agresivitate	– Comportament provocator pus mereu pe ceartă
Diminuarea motivaţiei, interesului, concentrării	– Pacientul nu consideră necesar să efectueze activităţi, este dezinteresat, neatent
Incapacitatea de a face ceea ce preferă să facă	– Starea de dependenţă fizică, psihică sau socială nu-i permite pacientului efectuarea activităţilor preferate
Disperare	– Starea de deznădejde, dezolare, suferinţă deosebită
Obsedare de problemele sale	– Pacientul este preocupat în permanenţă de problemele sale, care au prioritate faţă de activitatea depusă, în vederea realizării

Pacient cu sentiment de devalorizare

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să fie conştient de propria sa valoare şi competenţă	– ascultă activ pacientul pentru a-i permite să-şi exprime sentimentele privind dificultatea de a se realiza –ajută pacientul să identifice motivele comportamentului său, apreciază posibilităţile fizice şi intelectuale – sesizează orice formă de interes pentru o anumită activitate şi-l antrenează în desfăşurarea ei – îndrumă spre acele activităţi care sunt atractive pentru pacient şi totodată utile – observă şi notează orice schimbare în comportamentul pacientului (depresie, satisfacţie) – aplică tehnicile de îngrijire adaptate nevoilor pacientului – identifică cu pacientul factorii care o împiedică să se realizeze: familia, limite economice, starea de sănătate
Pacientul să-şi recapete interesul faţă de sine şi de alţii	– cunoaşte aspiraţiile, sentimentele, interesele şi capacităţile pacientului – îl ajută în reevaluarea capacităţilor şi aspiraţiilor sale – îl susţine în stabilirea unor proiecte – ajută pacientul să se adapteze la noul rol pe care îl are sau la statutul său – îl ajută să realizeze o percepere justă a realităţii, să se integreze în colectiv – observă reacţiile de satisfacţie sau de nemulţumire ale pacientului – explică necesitatea cunoaşterii mediului în care trăieşte şi a celor din jur

2. Neputinţa: percepţia individului asupra lipsei de control a evenimentelor într-o situaţie dată

Manifestări de dependenţă

Conflict personal	– incapacitatea pacientului de a da dovadă de comportamente adecvate faţă de rolurile profesionale alese sau impuse – se datorează conflictului dintre valorile individului şi normele sociale sau starea de sănătate
Eşec profesional	– nu realizează sarcinile obligatorii impuse, care sunt legate de rolul profesional pe care l-a ales sau i s-a impus

Dificultate în a lua decizii și a controla evenimentele	– pacientul nu poate lua deciziile cele mai potrivite în timp util, nu poate cunoaște și corela evenimentele
Apatie	– prezintă lipsă de interes față de activitatea impusă sau aleasă
Retragere, resemnare	– renunță la activitatea sau funcția pe care o deține și se complace în această situație
Docilitatea	– se supune cu ușurință unor decizii care nu-i aparțin
Agresivitate	– caută prilej de ceartă în permanență, este provocator față de colectiv
Fatalitatea	– consideră că mersul lucrurilor în viață au fost influențate în mod prestabilit de o forță supremă; consecințele sunt de neînlăturat, inevitabile
Lipsa de ambiție	– nu mai dorește să-și atingă scopul, să realizeze ceva anume
Agasare	– stare de enervare, de iritare pe care pacientul o are în permanență sau periodic
Tristețe	– stare sufletească apăsătoare, însoțită de mâhnire, amărăciune
Sentiment de inferioritate	– stare de dezavantaj pe care pacientul o percepe în comparație cu ceilalți

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu sentiment de neputință

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să-și recapete încrederea și stima de sine	– identifică, prin observație și conversație cu pacientul, cauza neputinței sale și situațiile care îi provoacă sentimentul de inutilitate – câștigă încrederea pacientului prin modul său de comportare și prin discuțiile purtate – îl ajută în cunoașterea și reevaluarea capacităților sale – îl consultă în planificarea activităților propuse – informează pacientul asupra dreptului său de a lua decizii care îl privesc – observă reacțiile pacientului la luarea deciziilor – îl convinge de importanța lor și de responsabilitatea ce-i revine
Pacientul să poată realiza și aprecia obiectiv activitățile sale	– orientează pacientul spre alte activități decât cele anterioare în raport cu capacitățile sale – ajută pacientul în recuperarea fizică, psihică pentru reducerea handicapurilor și obținerea independenței – ajută pacientul să cunoască și să-și însușească criteriile de control care-l ajută în aprecierea activității sale zilnice, a obiectivelor realizate, a idealurilor sale – observă obiectivitatea aprecierilor pacientului – notează orice modificare în comportamentul sau starea pacientului

Rolul asistentei în promovarea unui concept pozitiv despre sine

Conceptul de sine	– reprezintă percepția subiectivă pe care o are o persoană despre ea însăși din punct de vedere fizic, emoțional și social – se exprimă prin comportament, cuvinte, sentimente
Componentele conceptului despre sine	– identitatea se referă la unicitatea individului, obținută în timpul fazei de socializare – imaginea corporală este imaginea pe care un individ și-o face despre propriul corp – stima de sine este aprecierea valorii personale – performanța rolului este comportamentul prin care o persoană participă la un grup social
Factori care afectează componentele conceptului despre sine	– identitatea – probleme sexuale – alcool, droguri – viol – agresiune – spitalizare – separarea familială – imaginea corporală – alterarea funcțiilor senzoriale și motrice – pierderea unui organ sau a unei funcții – obezitatea – prezența unei cicatrice – stima de sine – incapacitate de satisfacere a nevoilor – eșecuri repetate – dependența de alții – neglijența familiei, prietenilor, colegilor – viol, agresiune – performanța rolului – incapacitatea de a îndeplini un rol – izolare socială forțată – interdicția de a îndeplini un rol pentru care ești pregătit

Reacția pacientului cu un concept de sine perturbat	– evită conversația și interacțiunea cu alții – are aspect neîngrijit – își găsește refugiu în alcool, droguri, fumat excesiv – este indecis – nu poate să-și rezolve problemele – își ascunde unele părți ale corpului – exprimă critici severe față de sine și față de alții – prezintă anxietate, teamă, disperare – manifestă ostilitate, mânie, furie – se consideră un ratat – are impresia că este neglijat de cei din jur – își exprimă lipsa de încredere față de personalul ce-l îngrijește
Intervenții-execuție	a) stabilirea unei relații terapeutice – manifestarea unui interes susținut față de pacient și o atitudine înțelegătoare – ascultarea pacientului cu atenție, arătându-i că are timp pentru el – respectarea pacientului – abordarea de subiecte care-l privesc b) ajutarea pacientului în definirea conceptului de sine – i se vor adresa întrebări pentru a afla modul în care pacientul se percepe Exemple: – Ce faceți mai bine? – Ce talente aveți? – Cât de ușor vă exprimați opinia când este diferită de a celorlalți – Ce părere aveți despre profesia dumneavoastră? – Vă simțiți apreciat? – Care este idealul dumneavoastră? – Ce responsabilități aveți în familie? etc. – va fi încurajat să-și exprime sentimentele – va fi ajutat să descrie modul cum percepe el raporturile cu alții c) ajutarea pacientului de a se adapta la rolul de bolnav – îl încurajează să-și privească rana și să utilizeze aparatele auxiliare (baston, cârjă, cadru) d) menținerea identității pacientului – i se permite folosirea obiectelor și lucrurilor personale la care ține mult e) ajutarea pacientului în regăsirea unui concept de sine pozitiv constă în: – a-l învăța autoîngrijiri adaptate lui – a-l încuraja să afirme „eu pot" – a-l incita să aibă inițiativă în materie de autoîngrijiri și readaptare – a-l încuraja în menținerea unui aspect fizic plăcut și îngrijit (să se coafeze, să se radă etc.) – a face bilanțul progreselor sale efectuând împreună evaluările – a-i aprecia progresele făcute – a-l încuraja să-și identifice resursele, pentru schimbarea comportamentului (interes pentru activități artistice, sportive, estetice, organizatorice etc.) – a *nu* manifesta dezgust sau repulsie față de aspectul pacientului – a nu-l judeca sau critica în timpul acordării îngrijirilor – a-i respecta intimitatea – a încuraja familia să-i acorde suportul de care are nevoie și să accepte schimbarea dinamicii familiale – asigurarea unui climat de liniște și siguranță

■ DE REȚINUT:
- este important să se planifice activități pe care pacientul să le poată îndeplini
- sarcinile nu trebuie să fie dificile, pentru că este de preferat un succes mic, decât riscul unui eșec într-o sarcină importantă
- sarcinile să aibă dificultăți progresive, pentru atingerea obiectivului
- schimbările să se facă gradat, pentru a da pacientului timp suficient să se adapteze și să evite compromiterea, din nou, a conceptului despre sine
- intervențiile trebuie să se bazeze pe principiul că pacientul trebuie mai întâi să ia cunoștință de problemele și agenții stresanți care-l asaltează și apoi să le înțeleagă și să acționeze pentru a le depăși
- intervențiile asistentei trebuie să interacționeze cu pacientul și familia acestuia.

„Pentru prelungirea vieții, omul are nevoie de gimnastică echilibrată, aer proaspăt și plimbări".
(Hipocrate)

13. NEVOIA DE A SE RECREA

Definiție:

Recrearea este o necesitate a ființei umane de a se destinde, de a se distra, recurgând, pentru aceasta, la activități agreabile, în scopul obținerii unei relaxări fizice și psihice.

I. *Independența în activitățile recreative*

Dezvoltarea fizică și psihică a omului nu poate fi înțeleasă în plenitudinea ei, dacă nu se iau în considerare unele din dimensiunile psihocomportamentale ale personalității – jocul și activitățile recreativ-distractive.

Omul a fost, dintotdeauna, conştient de necesitatea de a-şi ocupa o parte din timp cu activităţi recreative, pentru a realiza un anumit echilibru afectiv, compensator în raport cu îndeletnicirile sale cotidiene, responsabile şi uneori stresante.

În perspectiva educaţiei permanente, activităţile recreative trebuie integrate pe tot parcursul vieţii şi concepute într-o legătură nemijlocită cu funcţia lor formativă.

În şcoală, elevii trebuie să-şi însuşească diverse procedee raţionale de învăţare şi practicare a jocurilor, să-şi formeze atitudini favorabile faţă de activităţile recreative, să le aprecieze valoarea, să înţeleagă importanţa şi necesitatea lor în viaţa omului.

Sedentarismul – adică lipsa de mişcare, solicitările profesionale monotone, uniforme, şi mai ales, necompensate, plus viaţa în atmosfera poluată a oraşelor la care se adaugă şi alte cauze, predispun la o serie de tulburări organice şi psihice, capabile să zdruncine sănătatea şi să ducă în final, la scăderea capacităţii de muncă.

Loisir-ul, noţiune caracteristică civilizaţiei timpurilor noastre, are un rol fundamental în efortul continuu al omului de a-şi menţine echilibrul fizic şi psihic, respectiv sănătatea.

Divertismentul, distracţia, relaxarea sunt principalele funcţii ale acestor tipuri de activităţi accesibile pentru toate vârstele.

Factori care influenţează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *Vârsta* – Copilul mic şi preşcolarul îşi petrec o mare parte din timp jucându-se, ceea ce va favoriza dezvoltarea lui fizică şi va influenţa atât sfera proceselor psihice, cât şi personalitatea acestora. – Şcolarul împarte timpul între învăţătură şi joc. – Adolescentul continuă jocurile copilăriei şi pubertăţii în forme modificate şi face trecerea spre activităţile recreative ale tinerilor şi adulţilor. Maturitatea fizică şi psihică permit adultului alegerea şi organizarea activităţilor recreative în raport de preferinţe, timp liber, posibilităţi şi anturaj. Dinamica psihică mai redusă a vârstnicului îi limitează alegerea şi explică interesul diminuat pentru activităţile sportive dinamice şi retragerea spre cele de interior. – *Constituţia şi capacităţile fizice* Activităţile recreative care impun un efort fizic deosebit trebuie selectate şi practicate după constituţia şi capacităţile fizice ale fiecărui individ.
Factori psihologici	– *Dezvoltarea psihologică* Jocul şi celelalte activităţi ludice contribuie la formarea principalelor trăsături ale personalităţii şi conduitei copilului, precum şi la realizarea controlului emoţional.

	– *Emoţiile* Activităţile recreative permit individului exteriorizarea emoţiilor şi eliberarea tensiunii. Pentru atingerea acestor scopuri, individul optează pentru divertismentul care i se pare potrivit.
Factori sociologici	– *Cultura* Fiecare popor, prin tradiţiile lui specifice, propune, organizează şi derulează activităţi recreative specifice comunităţii respective. La noi în ţară, serbările populare (ex. sărbătoarea narciselor, lalelelor etc.), ceremoniile (nunţi, botezuri ş.a.) se bucură de o largă participare, ceea ce demonstrează eficacitatea acestor modalităţi de satisfacere a nevoii de recreare. – *Roluri sociale* Persoanele încadrate într-o muncă organizată, care le asigură un timp optim pot să-şi satisfacă această nevoie printr-o recreare cotidiană, periodică (la sfârşit de săptămână) şi anuală (vacanţe, concediul de odihnă). Pensionarea măreşte timpul liber al indivizilor, care pot să-şi organizeze activităţile recreative după gustul şi posibilităţile lor. – *Organizarea socială* Asigurarea condiţiilor şi a accesului la activităţi diversificate de petrecere a timpului liber: odihna, distracţiile, învăţarea şi realizarea favorizează satisfacerea acestor nevoi. Ele sunt diferite de la ţară la ţară depinzând de condiţiile socio-economice.

Manifestări de independenţă

Destinderea	– Starea de relaxare, de încetare a unei tensiuni nervoase sau a unei stări de încordare
Satisfacţia	– Sentiment de mulţumire, de plăcere
Plăcerea	– Senzaţia sau emoţia agreabilă, legată de satisfacerea nevoii, de relaxare
Amuzamentul	– Distracţie, divertisment, înveselire

Intervenţiile asistentei pentru menţinerea independenţei

– explorează gusturile şi interesul pacienţilor pentru activităţi recreative, pentru petrecerea timpului liber;

– planifică activităţi recreative împreună cu pacientul;
– asigură condiţiile necesare;
– organizează activităţi recreative individuale sau în grup, în funcţie de vârstă, posibilităţi şi locul de desfăşurare al acestora:
  – jocuri distractive, formativ-educative, de echilibrare şi tonificare
  – audiţii muzicale
  – vizionări de filme
  – întâlniri cu personalităţi artistice
– facilitează accesul la biblioteci, săli de lectură sau procură cărţi, reviste
– antrenează şi stimulează pacienţii în aceste activităţi

II. *Dependenţa în satisfacerea nevoii de a se recrea*

Nesatisfacerea nevoii de a se recrea poate genera următoarele **probleme de dependenţă:**

1. **Neplăcerea de a efectua activităţi recreative.**
2. **Dificultatea de a îndeplini activităţi recreative** } vezi anexele 2 şi 3
3. **Refuz de a îndeplini activităţi recreative**

Surse de dificultate

Surse de ordin fizic	– Lezarea integrităţii fizice, handicapuri, constrângeri fizice (pansamente, aparate gipsate) – Diminuarea capacităţii funcţionale a organelor de simţ – Dezechilibre: durere
Surse de ordin psihologic	– Tulburări de gândire, de memorie – Afectarea stării de conştienţă – Anxietate – Stres – Situaţii de criză – Neadaptarea la rolul de bolnav şi la boală
Surse de ordin sociologic	– Singurătatea, retragerea, pensionarea – Munca învechită, de rutină – Conflicte şi eşecuri în îndeplinirea rolurilor sociale – Lipsa de cunoştinţe despre sine şi despre cei din jur

Prezentăm în continuare următoarea problemă de dependenţă:

Neplăcerea de a efectua activităţi recreative

Neplăcerea de a efectua activităţi recreative se defineşte ca fiind o impresie dezagreabilă şi penibilă care conduce la inactivitate, plictiseală şi tristeţe.

Manifestări de dependenţă

Inactivitatea	– Lipsa de interes faţă de activităţile curente ale vieţii. Persoana este pasivă, dezinteresată faţă de ceea ce se petrece în jur, nu participă la activităţi
Plictiseala	– Impresia de vid, de tristeţe, lipsa de interes pentru activităţi sau evenimente curente ale vieţii
Tristeţea	– Starea afectivă manifestată prin indispoziţie şi insatisfacţie, care împiedică individul să se înveselească

– Intervenţiile asistentei –

Pacient cu neplăcere de a efectua activităţi recreative

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să prezinte stare de bună dispoziţie	– asistenta medicală explorează ce activităţi recreative îi produc plăcere pacientului; – analizează şi stabileşte dacă acestea sunt în concordanţă cu starea sa psihică şi fizică; – planifică activităţi recreative împreună cu pacientul; – organizează activităţi recreative specifice pentru copii, adulţi, vârstnici; – antrenează bolnavul în activităţi şi-l ajută; – asigură mediul corespunzător; – amenajează camere de recreare: pentru audiţii muzicale, vizionări de filme, TV; – are în vedere ca activităţile să nu-l suprasolicite, să nu-l obosească, ci să-i creeze stare de bună dispoziţie; – notează reacţiile şi manifestările pacientului cu referire directă la: – starea de plictiseală şi tristeţe
Pacientul să-şi recapete încrederea în forţele proprii	– determină pacientul să-şi exprime emoţiile şi sentimentele; – câştigă încrederea bolnavului şi-l ajută să depăşească momentele dificile; – administrează şi supraveghează efectele tratamentului indicat de medic: – antidepresive – tranchilizante

Pacientul să beneficieze de somn odihnitor	– învaţă pacientul tehnici de relaxare – îl ajută să le execute şi observă modul cum le realizează
Pacientul să-şi amelioreze condiţiile fizice	– va fi consecventă în planificarea şi organizarea activităţilor recreative; – perseverează în acele activităţi recreative care corespund constituţiei psihosomatice a bolnavului; – asigură o creştere graduală a dificultăţii acestor activităţi

Asigurarea mijloacelor de recreare a pacientului

Scop	– diminuarea anxietăţii – favorizarea repausului – ameliorarea condiţiilor de spitalizare
Rolul asistentei	– alegerea mijloacelor de recreare (individualizate în funcţie de vârstă, preferinţele pacientului şi starea lui fiziologică) – asigurarea condiţiilor optime pentru aceste activităţi – supravegherea pacientului în timpul activităţilor de recreare, pentru a nu se produce agravări ale stării lui fizice şi psihice – aprecierea impactului activităţii lor recreative asupra pacientului

„Învăţăm pentru viaţă, nu pentru şcoală".
(Seneca)

14. NEVOIA DE A ÎNVĂŢA CUM SĂ-ŢI PĂSTREZI SĂNĂTATEA

Definiţie:

A învăţa este acea necesitate a fiinţei umane de a acumula cunoştinţe, atitudini şi deprinderi pentru modificarea comportamentelor sale sau adoptarea de noi comportamente, în scopul menţinerii sau redobândirii sănătăţii.

I. *Independenţa în satisfacerea nevoii*

Învăţarea este o problemă comună a pedagogiei, psihologiei, eticii, sociologiei şi a altor ştiinţe, care cercetează comportamentul uman din diferite puncte de vedere.

Procesul învăţării este deosebit de complex şi cuprinde organizarea întregii comportări a individului, pentru a deveni capabil să-şi dirijeze întreaga sa activitate în mod creator, în funcţie de condiţiile în care se află, pe baza cunoştinţelor, priceperilor şi deprinderilor însuşite anterior.

Pedagogia şi medicina sunt două domenii care se interacţionează şi au analogii. Finalitatea practică pentru medicină este păstrarea sănătăţii şi/sau vindecarea.

De-a lungul vieţii sale, omul trebuie să se adapteze continuu la schimbările de mediu, care modifică măsurile necesare menţinerii sănătăţii. Cunoaşterea de sine este esenţială pentru a preveni şi analiza unele obişnuinţe, astfel încât să poată verifica dacă a luat măsurile adecvate menţinerii sănătăţii.

În urma acestei analize, omul poate simţi nevoia de a învăţa mijloacele cele mai eficace de menţinere a sănătăţii.

După ce a dobândit cunoştinţe, atitudini, deprinderi pentru menţinerea sănătăţii, el capătă un sentiment de siguranţă, prin care devine capabil să lupte împotriva bolii, anxietăţii şi stresului vieţii cotidiene.

Factorii care influenţează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *Vârsta* Copilul, în timpul creşterii şi dezvoltării sale, învaţă cu uşurinţă metodele şi mijloacele de a-şi menţine sănătatea, dacă este instruit, supravegheat şi controlat. Adultul învaţă şi se perfecţionează pentru a utiliza toate mijloacele necesare menţinerii sănătăţii. Vârstnicul acumulează mai greu noi cunoştinţe (amnezia de fixare), dar are capacitatea de a le utiliza şi adapta pe cele învăţate anterior. – *Capacităţi fizice* Fiinţele umane, potrivit condiţiilor lor fizice (integritatea fizică somatică şi a organelor de simţ, facultăţile intelectuale), fac posibilă dobândirea de cunoştinţe, atitudini, deprinderi pentru menţinerea sănătăţii.
Factori psihologici	– *Motivarea* – totalitatea factorilor dinamizatori şi direcţionali care îl dinamizează pe om, îl incită la acţiune, îi jalonează direcţia acesteia. Printre factorii motivaţionali de dinamizare sunt: trebuinţele şi năzuinţele. Învăţarea, ca activitate umană, răspunde unor trebuinţe sau interese ale persoanei, deci se supune legii motivaţiei şi este îndreptată spre un scop, adică se supune legii finalităţii: finalitatea practică în medicină care rezidă în păstrarea sănătăţii sau în vindecare. – *Emoţiile* Emoţiile şi sentimentele legate de anxietate pot accelera procesele de cunoaştere (pacientul devenind conştient asupra propriei responsabilităţi ce o are asupra sănătăţii sale).
Factori sociologici	– *Mediul ambiant* Un mediu ambiant adecvat, cu luminozitate şi temperatură normale, atmosferă de calm şi linişte, creează ambianţa propice pentru însuşirea de cunoştinţe.

Manifestări de independență

Dorința și interesul de independență	– *Învățarea* – activitate pentru însușirea de cunoștințe și dobândirea de noi deprinderi în toate sectoarele vieții psihice (cunoaștere, voință, emotivitate). Produsul final al învățăturii poate fi: un concept teoretic, o atitudine, o deprindere motorie sau poate fi multidimensional. – *Deprinderea* – componentă automatizată a activității. Pentru menținerea independenței în satisfacerea nevoii de a învăța să-și păstreze sănătatea, pacienții sunt conștienți de necesitatea formării de atitudini și deprinderi corecte, necesare obținerii unei stări de bine.
Acumularea de cunoștințe	– *Cunoștințe* (informații) – reflectarea în conștiință a realității obiective Dorința, interesul în acumularea cunoștințelor.
Modificarea comportamentului față de sănătate	– *Educația* – ansamblul de acțiuni de transmitere a cunoștințelor, de formare a deprinderilor și comportamentului. Educația pentru sănătate are rolul de a oferi pacientului modalități concrete, specifice de menținere sau redobândire a sănătății (rolul de educator al asistentei medicale).

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței

– asistenta medicală explorează nevoile de cunoaștere ale pacientului;
– elaborează obiective de studiu cu pacientul;
– informează cu privire la mijloacele și resursele pe care le poate asigura: broșuri, cărți, pliante, reviste, diapozitive etc.;
– susține motivarea pacientului față de cunoștințele care urmează să le dobândească;
– organizează activități de educație pentru sănătate: convorbiri, cursuri, conferințe, filme, demonstrații practice;
– prezintă materiale cu subiecte interesante, atractive, cu mijloace și procedee adecvate nivelului de cultură și gradului de înțelegere a pacienților.

II. *Dependența în satisfacerea nevoii de a învăța*

Dacă nevoia de a învăța nu este satisfăcută survin următoarele **probleme de dependență:**

1. **Ignoranța față de dobândirea de noi cunoștințe, atitudini, deprinderi**
2. **Dificultate de a învăța**
3. **Cunoștințe insuficiente**

} vezi anexele 2 și 3

Surse de dificultate

Surse ale dificultăților de ordin fizic	– *Lezarea integrității fizice* – Deficitele senzoriale, în special, auditive și vizuale, tulburările de vorbire (dislalie, afazie), diminuarea sau abolirea simțului senzorial vocal. – *Durerea* în funcție de intensitatea ei determină manifestări fizice (modificări ale ritmului respirator și cardiac, ale T.A. până la starea de șoc) și psihice (neliniște, agitație, iritabilitate, teamă)
Surse ale dificultăților de ordin psihic	– *Afectarea stării de conștiență*: obnubilare, delir, comă – *Dezvoltare intelectuală:* un interes redus limitează acumularea de cunoștințe. – *Tulburări de gândire și memorie:* *Gândirea* – proces psihic, ce reflectă nemijlocit – dar abstractizat și generalizat – obiectele, fenomenele, relațiile dintre ele. *Memoria* – capacitatea de asimilare, fixare și reproducere a experienței cognitive acumulate. – *Anxietatea* – sentimentul de disconfort și de tensiune pe care le simte omul în fața problemelor vieții. – *Stresul* – dezechilibrul între experiența la care individul trebuie să facă față și capacitatea sa de a realiza acest lucru, cu repercusiuni asupra stării de sănătate. – *Situația de criză* Este determinată de situații majore din viață: – pierderea unei persoane dragi – modificarea importantă a schemei corporale – modificarea modului de viață
Surse ale dificultăților de ordin sociologic	– Mediu necunoscut (de exemplu emigrarea într-o țară cu limbă necunoscută) – *Lipsa interesului de a învăța legată de educație și cultură* *Educația* – ansamblul acțiunilor de transmitere a cunoștințelor, formare a deprinderilor și comportamentelor. *Cultura* – totalitatea valorilor materiale și spirituale create de omenire în procesul practicii social-istorice – *Lipsa cunoștințelor* Absența cunoștințelor sau un nivel scăzut de cunoștințe despre regulile generale de igienă fizică și mentală, despre sănătate și menținerea ei. – *Insuficienta cunoaștere de sine* – conduce la comportamente și fenomene negative, care depășesc posibilitățile de adaptare ale individului. – *Insuficienta cunoaștere a mediului înconjurător*

Prezentăm următoarea problemă de dependență:

Ignoranța

Lipsa de cunoștințe, priceperi, deprinderi pentru menținerea sau recuperarea sănătății

Manifestări de dependență

Cunoștințe insuficiente	Bolnavul nu are cunoștințe referitoare la: – boală – prevenirea îmbolnăvirilor – importanța respectării tratamentului – prevenirea complicațiilor – perioada de convalescență – reintegrarea socio-profesională
Nu înțelege necesitatea de a învăța și nu este receptiv	*Datorită tulburărilor de gândire* – Ritmul gândirii poate fi accelerat – fuga de idei: ideile se succed cu repeziciune, încât nu pot fi ordonate într-o însușire rațională. – *Încetinirea ritmului gândirii*: scăderea puterii de judecată, imposibilitatea de a gândi – *Inoperanța gândirii:* privește legătura logică dintre noțiuni și idei (amestec de cuvinte fără legătură) – *Tulburări de memorie*: amnezie de fixare și/sau de evocare – Anxietate – Stres
Nesiguranța și frica de necunoscut	– Datorită unor evenimente neprevăzute, bolnavul trebuie să facă față unor necesități de schimbare a stilului de viață și a obiceiurilor pentru redobândirea sănătății. El ignoră măsurile ce pot fi luate pentru redobândirea independenței.
Neobișnuința în abordarea anumitor acțiuni pentru redobândirea sănătății	– Bolnavul nu acordă importanța cuvenită bolii – Nu respectă sfaturile medicale în tratarea sau prevenirea îmbolnăvirilor
Lipsa de informații	– Bolnavul nu are acces la informații, dar nici nu este interesat de procurarea lor
Lipsa interesului de a învăța	– Este refractar la orice acțiune sau cunoștințe necesare menținerii sau redobândirii sănătății
Dificultate în învățarea măsurilor preventive și curative	– Tulburări de gândire: – *Intelect limitat,* incapacitatea de asimilare, fixare și reproducere a cunoștințelor – *Carențe educaționale*: lipsa deprinderilor igienice, a celor privind alimentația rațională etc.

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu probleme generate de ignoranță

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să acumuleze noi cunoștințe	– Explorează nivelul de cunoștințe al bolnavului privind boala, modul de manifestare, măsurile preventive și curative, modul de participare la intervenții și la procesul de recuperare; – identifică manifestările de dependență, sursele lor de dificultate, interacțiunile lor cu alte nevoi; – stimulează dorința de cunoaștere; – motivează importanța acumulării de noi cunoștințe; – conștientizează bolnavul asupra propriei responsabilități privind sănătatea; – organizează activități educative, folosind metodele de învățământ cunoscute: – expunerea, conversația, demonstrația respectând principiile pedagogice; – verifică dacă bolnavul a înțeles corect mesajul transmis și dacă și-a însușit noile cunoștințe.
Pacientul să dobândească atitudini, obiceiuri și deprinderi noi	– identifică obiceiurile și deprinderile greșite ale bolnavului; – corectează deprinderile dăunătoare sănătății; – ține lecții de: formare a deprinderilor igienice, alimentație rațională, mod de viață echilibrat, administrare a diferitelor tratamente; – efectuează demonstrații practice; – întocmește programe de recuperare și reeducare a bolnavilor cu deficiențe senzoriale și motorii (gimnastică medicală, kinetoterapie); – va încuraja și ajuta la dobândirea noilor deprinderi.

Rolul asistentei în educația pentru sănătate

Definiție	– educația este un proces interactiv ce favorizează învățarea
Scop	– cuprinde acțiuni care au scopul de a promova sănătatea, de a preveni boala, de a ajuta persoana să dobândească mai multă autonomie, de a asigura continuitatea îngrijirilor din spital la domiciliu – crește stima de sine a unei persoane, pentru că-i permite să-și asume responsabilități mai mari față de propria-i sănătate

Caracteristicile procesului educațional	– se bazează pe aplicarea principiilor de comunicare interpersonală, care constau în a transmite mesaje semnificative unei persoane și de a primi de la ea o retroacțiune – se desfășoară în domeniul cognitiv, afectiv și psihomotor, utilizând metode adecvate fiecărui domeniu
Identificarea nevoilor de educație a pacientului	– pe baza informațiilor culese se va aprecia: – nevoia de a învăța (ce știe pacientul referitor la starea de sănătate actuală, experiențele pacientului având incidență asupra nevoii de a învăța, informațiile de care membrii familiei au nevoie pentru a răspunde nevoilor pacientului) – dorința de a învăța (capacitatea de concentrare când i se pun întrebări, atenția, factorii care motivează pacientul să întrebe, tendința de a pune întrebări) – capacitatea de a învăța (stadiul de dezvoltare a pacientului, forța fizică, coordonarea mișcărilor, prezența unor deficiențe senzoriale) – mediul de învățare (prezența surselor de perturbare a învățării, confortul camerei) – resurse de învățare (felul în care familia percepe și înțelege boala pacientului și consecințele ei, dorința pacientului de a face familia să participe la programul educațional, resursele de care dispune pacientul la domiciliu)
Stabilirea obiectivelor educaționale	– obiectivele educaționale pot fi pe termen scurt și pe termen lung – fiecare obiectiv educațional va cuprinde trei aspecte: – enunțul și descrierea unui comportament (pacientul va fi capabil să îndeplinească o sarcină în limitele perioadei de învățare) – identificarea condițiilor educaționale (de exemplu, pacientul va merge cu cârjele din cameră până la baie) – stabilirea criteriilor de evaluare (în funcție de gradul de precizie dorit, de reușită, de satisfacție)
Principii educative	– să se aleagă momentul potrivit (la internare, la externare, pe timpul spitalizării) când pacientul este dispus să învețe – durata să nu depășească 20-30 de minute – repetarea să fie suficient de frecventă pentru a consolida învățarea – structurarea materialului: noțiuni elementare, explicații; se va începe cu probleme mai importante, se va recapitula – se va utiliza limbajul pacientului, putând recurge la analogii simple – se va menține atenția pacientului, care va fi determinat să participe (vor fi stimulate mai multe simțuri, se va discuta pe ton variat și intensitate diferită, se va puncta prin gesturi aspectul mai important) – se vor completa cunoștințele existente – se vor adopta metode educative, în funcție de nevoile pacientului
Rolul asistentei în procesul educațional	– să respecte principiile educative – să sesizeze orice comportament care indică o scădere a interesului sau a atenției – să țină cont de atitudinea pacientului față de faptul că a reușit să execute o tehnică – să stabilească, împreună cu pacientul, obiectivele educaționale – să ghideze și să sfătuiască pacientul, dându-i informații pertinente – să observe progresele pacientului în autoîngrijire și să rămână la dispoziția lui pentru a-l ajuta – să demonstreze tehnicile ce urmează a fi învățate de pacient (etapă cu etapă, fără grabă, cu explicarea fiecărui gest) – înainte de demonstrarea unei tehnici, să înlăture anxietatea pacientului prin explicații pregătitoare – să utilizeze metode de educație în grup, care permit schimbul de idei și participanții învață unii de la alții – să încerce integrarea educației în procesul de îngrijire (de exemplu, educație sanitară în timpul efectuării îngrijirilor igienice sau în timpul efectuării unui pansament).

EXERCIŢII DE TAXONOMIE

1. Cum se numeşte imposibilitatea pentru două elemente de a fi un ansamblu:

Antitoxină	1
Incompatibilitate	2
Contracepţie	3

2. Cum se numeşte o maladie a inimii, în general:

Infarct de miocard	1
Cardiopatie	2
Angiocardiografie	3

3. Faceţi corespondenţa între cifre şi litere:

1. Trompe	A. Limfangită
2. Vezică	B. Cistită
3. Vase limfatice	C. Flebită
4. Rinichi	D. Salpingită
5. Venă	E. Nefrită

4. Cum se numeşte microbul care se fixează electiv pe ţesutul nervos:

Nefritic	1
Neurogen	2
Neurotrop	3

5. Care dintre cuvintele de mai jos nu indică ideea de sânge:

Uremie	1
Hematurie	2
Hemiplegie	3
Hemoliză	4
Hemicranie	5

6. Cum se numeşte formarea globulelor sângelui:

Hemoglobină	1
Hemoliză	2
Eritropoieză	3
Hematopoieză	4

7. Care dintre cuvintele de mai jos nu se referă la cantitatea de urină:
   1. Polakiurie
   2. Oligurie
   3. Disurie
   4. Poliurie
   5. Anurie

8. Cum se numeşte prezenţa puroiului în urină:
   1. Piurie
   2. Hematurie
   3. Pielită
   4. Pioree
   5. Piroză

9. Cum se numeşte microbul care produce puroi:
   1. Piretic
   2. Piuric
   3. Purulent
   4. Piogen
   5. Pirogen

10. Care din cuvintele de mai jos nu se referă la febră:
    1. Apiretic
    2. Piretic
    3. Pirexie
    4. Piromanie
    5. Antipiretic

11. Unde este eroarea:

Alergen: care provoacă alergie	1
Glicogen: care produce zahăr	2
Androgen: care provoacă vărsături	3
Patogen: care produce îmbolnăvirea	4

12. Studiul cauzelor bolilor se numeşte:
    1. Diagnostic
    2. Patologie
    3. Semiologie
    4. Psihologie
    5. Etiologie

13. Studiul dozelor prescrise în administrarea medicamentelor pentru tratarea bolilor se numeşte:

Farmacologie	1
Terapeutică	2
Fiziologie	3
Morfologie	4
Posologie	5

14. Care dintre cuvintele următoare nu se referă la studierea corpului sau a unei părţi din corp:

Anatomie	1
Cardiologie	2
Hematologie	3
Dermatologie	4

Deontologie 5
Posologie 6

15. Partea din medicină care se ocupă de mijloacele speciale de apărare și ajutorare a bolnavului se numește:
Fiziologie 1
Terapeutică 2
Farmacologie 3
Morfologie 4
Posologie 5

16. Completați:
Sânge ....Hemo ......patie
Qs ....patie
Inimă ....patie
Rinichi ....patie
Mușchi ....patie
Nervi ....patie
Articulații ....patie
Psihic ....patie
Plămâni ....patie

17. Regiunea situată în partea superioară și mediană a abdomenului se numește:
Hipocondru 1
Torace 2
Epigastru 3
Fosa iliacă 4
Lombe 5
Hipogastru 6

18. Operația de extirpare a uterului se numește:
Metroragie 1
Menoree 2
Histerectomie 3
Histeropexie 4
Histerometrie 5

19. Produsul care crește secretarea bilei de către ficat se numește:
Colagog 1
Colecistokinetic 2
Coleretic 3
Coledoc 4

20. Care din următoarele cuvinte exprimă accentuarea mișcărilor vezicii biliare:
Colagog 1
Coleretic 2
Colecistokinetic 3
Colecistită 4

21. Faceți legătura între litere și cifre:

A. Mialgie	1. Îmbolnăvirea rinichiului
B. Coleretic	2. Operația de extirpare a stomacului
C. Colecist	3. Durere musculară
D. Sarcom	4. Tumora unei glande
E. Hematii	5. Cancer
F. Gastrectomie	6. Globule roșii
G. Nefropatie	7. Care sporește secreția biliară
H. Adenom	8. Vezica biliară

22. Asociați literele cu cifrele:

A. Dispnee	1. Dificultatea de a naște
B. Disurie	2. Ciclu menstrual dificil
C. Disfagie	3. Digestie grea
D. Diskinezie	4. Dificultatea de a urina
E. Distocie	5. Dificultatea de a înghiți
F. Dismenoree	6. Greutate în respirație
G. Dispepsie	7. Dificultatea de mișcare

23. Care dintre cuvintele următoare nu se referă la scurgerea sângelui:
Menoree 1
Metroragie 2
Epistaxis 3
Hematemeză 4
Otoragie 5
Blenoragie 6
Hemoptizie 7

24. Arătați care propoziție este corectă:
A. Sufixul **RAGIE** indică, desigur, scurgerea sângelui
B. Sufixul **REE** indică, desigur, scurgerea altor lichide
C. Ambele sufixe indică o scurgere

25. Completați tabelul:
Durerea la nivelul
1. Inimii ....
2. Ficat ....
3. Traiect nervos ....
4. Stomac ....
5. Genunchi ....
6. Ureche ....
7. Mușchi ....
8. Articulație ....

26. Hemoragia uterină survenită în afara ciclului se numeşte:
Menoree 1
Menoragie 2
Metroragie 3
Menstruaţie 4

27. Scurgerea din ureche se numeşte:
Seboree 1
Leucoree 2
Otoree 3
Pioree 4

28. Care dintre cuvintele de mai jos nu se referă la durere:
Precordialgie 1
Coxalgie 2
Artralgie 3
Hepatalgie 4
Mialgie 5
Gastralgie 6

29. Un produs care calmează durerea se numeşte:
Anestezic 1
Parestezic 2
Antalgic 3
Analgezic 4

30. Inflamaţia ţesutului muscular se numeşte:
Mioză 1
Mielită 2
Midriază 3
Miosită 4
Mialgie 5
Miastenie 6

31. Care dintre cuvintele următoare nu se referă la o afecţiune musculară:
Miosită 1
Miastenie 2
Mialgie 3
Mielită 4
Midriază 5

32. În general, o maladie provocată de o ciupercă se numeşte:
Mielită 1
Miastenie 2
Micoză 3

Mielină 4
Mioză 5

33. Cum se numeşte inflamaţia rinichiului:
Perinefrită 1
Nefrită 2
Colică nefritică 3
Nevrită 4
Nevralgie 5
Neuroză 6

34. Pierderea supleţii, a elasticităţii arterelor se numeşte:
Arteroscleroză 1
Aterom 2
Arterioscleroză 3
Arterită 4

35. Un medicament care stimulează se numeşte:
Disleptic 1
Psiholeptic 2
Analeptic 3
Anxiolitic 4
Analgetic 5

36. Un medicament care cupează durerea se numeşte:
Neuroleptic 1
Tranchilizant 2
Psiholeptic 3
Anxiolitic 4

37. Asociaţi cifrele cu literele:
1. Psiho- A. Sus, deasupra
2. Analeptic B. Perturbează
3. Hipo- C. Augmentează (creşte)
4. Hiper- D. Mult, mai multe
5. Epi- E. Activitate mentală
6. Disleptic F. Respiraţie
7. Plazie G. Dedesubt
8. Poli- H. Formare
9. Pnee - I. Care stimulează

38. O afecţiune ereditară, rezultată din incapacitatea sângelui de a se coagula se numeşte:
Hemoragie 1
Hemofilie 2
Hemostază 3
Hiperemie 4

39. Disocierea diverselor elemente în prezența apei se numește:

Hidroliză 1
Hemoliză 2
Electroliză 3
Cataliză 4

40. Asociați cifrele cu literele (cu referință la distrugere, inhibare):

1. Hemolitic — A. Sistem nervos parasimpatic
2. Simpaticolitic — B. Adrenalina
3. Fibrinolitic — C. Globule roșii sanguine
4. Adrenolitic — D. Sistem nervos simpatic
5. Parasimpaticolitic — E. Fibrină

41. Disocierea unui corp în elemente mai simple se numește:

Hidroliză 1
Cataliză 2
Liză 3
Liofilizare 4

42. Diminuarea forței musculare, care însă nu ajunge până la paralizie se numește:

Parestezie 1
Paraplegie 2
Hemiplegie 3
Parezie 4
Paralizie 5

43. Faceți corespondența între cifre și litere:

A. Apofiză — 1. Excrescența anormală a osului
B. Exostoză — 2. Excrescența normală a osului
C. Diafiză — 3. Partea mijlocie a osului lung
D. Epifiză — 4. Extremitatea osului lung

44. Frica morbidă de mulțime se numește:

Claustrofobie 1
Agorafobie 2
Xenofobie 3
Fotofobie 4

45. Asociați literele cu cifrele:

A. ....grafie — 1. Examinare fără înregistrare
B. ....gramă — 2. Examinare cu înregistrare
C. ....scopie — 3. Trasare

46. Completați:

A. Obsesia impulsivă de a incendia — 1. Cleptomanie
B. Obsesia impulsivă de a fura — 2. Mitomanie
C. Obsesia impulsivă de fabulos — 3. Piromanie

47. Asociați cifrele cu literele:

A. Băi de mare — 1. Antibioterapie
B. Mișcare — 2. Roentgenterapie
C. Raze X — 3. Kinesiterapie
D. Antibiotice — 4. Curieterapie
E. Radium — 5. Talazoterapie

48. Variația calibrului vaselor se numește:

Vasoconstricție 1
Vasodilatație 2
Ischemie 3
Vasomotricitate 4

49. Potriviți cuvintele de mai jos pentru semnificațiile:

A. Stomie .... — 1. Crearea unei guri chirurgicale
B. Plastie .... — 2. Examinarea cu înregistrare
C. Grafie .... — 3. Ablație
D. Ectomie .... — 4. Rezultatul unei examinări
E. Gramă .... — 5. Secționare
F. Scop .... — 6. Operație de reparare a unui organ
G. Tomie .... — 7. Instrument pentru examinare

50. Asociați prefixele cu sensul lor:

A. Homo- — 1. Același, identic
B. Hetero- — 2. Subiectul el însuși
C. Izo- — 3. De natură diferită
D. Auto- — 4. De aceeași natură

51. Dați sensul potrivit:

A. Oprire — 1. Liză
B. Formare — 2. Litic
C. Disociere — 3. Stază
D. Care distruge — 4. Plazie, poieză
E. Duritate — 5. Scleroză

52. Indicați cu 1 cuvintele în care POLI semnifică „mai multe“ și cu 2 în care semnifică „mai mult“:

A. Poliurie
B. Polinucleare
C. Poliartrită
D. Polifagie

53. Faceți corespondența între litere și cifre:

A. Polaki- — 1. Multe
B. Hipo- — 2. Exces
C. Neo- — 3. Dificultate
D. Oligo- — 4. Des

E. Hiper-
F. Dis-
G. Poli-

5. Creştere
6. Scădere, descreştere
7. Puţin
8. Diminuare
9. Nou

54. Cum se numeşte oxigenarea sângelui în plămâni:

Respiraţie 1
Hematoză 2
Oxemie 3
Acidoză 4

55. Asociaţi literele cu cifrele:

A. Cifoză 1. Înainte
B. Scolioză 2. Înapoi
C. Lordoză 3. Lateral

RĂSPUNSURI CORECTE

1. 2
2. 2
3. A4 B2 C1 D5 E3
4. 3
5. 3,5
6. 4
7. 3
8. 1
9. 4
10. 4
11. 3
12. 5
13. 5
14. 5, 6
15. 2
16. Hemo-, osteo-, cardio-, reno-, mio-, nevro-, artro-, psiho-, pneumo-
17. 3
18. 3
19. 3
20. 3
21. A3 B7 C8 D5 E6 F2 G1 H4
22. A6 B4 C5 D7 E1 F2 G3
23. 6
24. C
25. Cardialgie, hepatalgie, nevralgie, gastralgie, gonalgie, otalgie, mialgie, artralgie
26. 3
27. 3
28. 2
29. 3
30. 4
31. 4, 5
32. 3
33. 2
34. 3
35. 3
36. 2, 4
37. A5 B6 C4 D8 E1 F9 G3 H7 I.2
38. 2
39. 1
40. A5 B4 C1 D2 E3
41. 3
42. 4
43. A2 B1 C3 D4
44. 2
45. A2 B3 C1
46. A3 B1 C2

47.A5 B3 C2 D1 E4
48. 449. A1 B6 C2 D3 E4 F7 G5
50. A4 B3 C1 D2
51. A3 B4 C1 D2 E5
52. A2 B1 C1 D2
53. A4 B6,8 C9 D7 E2,5 F3 G1
54. 3
55. A1 B3 C2

Bibliografie: Marie Bonvalot, *Le vocabulaire médical de base, Etude par l'etymologie, vol I, II,* Editeur OIP, Paris, 1978

ANEXA Nr. 1

GHID ORIENTATIV DE CULEGERE A DATELOR PENTRU CELE 14 NEVOI FUNDAMENTALE, ÎN VEDEREA EVALUĂRII ŞI SATISFACERII NEVOILOR

A RESPIRA ŞI A AVEA O BUNĂ CIRCULAŢIE

Repere stabilite	*Informaţii de obţinut, întrebări ajutătoare*
Respiraţie	– frecvenţă, ritm, amplitudine – simetria mişcărilor – tipul respirator – aspectul toracelui
Prezenţa unor semne şi simptome în afecţiuni respiratorii	– tiraj: – tip – tuse: – când a apărut? – cât de frecventă este? – este sau nu urmată de expectoraţie? – apare în anumite poziţii? – accesele survin ziua sau noaptea? – expectoraţie: – culoare, miros, aspect, cantitate – prezenţa sângelui (temporară sau permanentă) – dispnee: – tipul dispneei – apare în repaus, la efort sau în condiţii de stres? – ce poziţie o ameliorează? – când apare: ziua sau noaptea? – durere toracică: – intensitate, localizare, iradiere, durată – este exagerată de tuse şi respiraţie profundă? – poziţia corpului: – ortopnee – antalgică
Afecţiuni respiratorii în antecedente	– frecvenţa şi durata acestora; cum au fost tratate?
Puls	– frecvenţă, ritm, amplitudine
T.A.	– T.A. sistolică şi T.A. diastolică
Prezenţa unor semne şi simptome în afecţiuni cardio-vasculare	– durere precordială – localizare, intensitate, iradiere – factori declanşatori – factori de ameliorare – palpitaţii – când apar? la efort? după abuz de alcool, cafea, tutun? după medicamente? în condiţii de stres?

	– cianoza – localizare, intensitate – paloare – turgescenţa venelor jugulare – oboseala la mers – durerea cu sediul în gambă – este continuă sau intermitentă? – apare la efort? – este calmată de repaus? – este însoţită de impotenţă funcţională? – edem la nivelul membrelor
Factori de risc	– fumat – de când? cât? – alţi membri ai familiei fumează? – sedentarism – efectuaţi o muncă sedentară? – mergeţi pe jos la serviciu? – practicaţi vreun sport? – staţi timp îndelungat în picioare? – mediu – lucraţi sau locuiţi în mediu poluat (praf, pulberi etc.)? – stres, anxietate – alimentaţia – în exces, dezechilibrată

A BEA ŞI A MÂNCA

Repere stabilite	*Informaţii de obţinut, întrebări ajutătoare*
Obişnuinţe alimentare	– orarul meselor – alimente preferate – aversiune faţă de anumite alimente – mod de preparare a alimentelor – lichide consumate: – cât? când? ce fel? – restricţii alimentare impuse de dietă, religie, cultură – ingestie de alimente şi lichide interzise – folosirea mâncării ca recompensă sau reconfort – refuz de a se alimenta – utilizarea de vitamine şi săruri minerale – apetit – factori care determină anumite comportamente
Experienţe anterioare	– alergii alimentare – alimente care au cauzat vărsături, diaree, constipaţie
Cunoştinţele pacientului	– care sunt alimentele pe care le consideră benefice pentru sănătate – dacă necesităţile organismului de hrană şi lichide îi sunt cunoscute – cum consideră modul său de alimentaţie: echilibrat, dezechilibrat – dacă îi sunt cunoscute noţiuni de gastrotehnie

Greutatea corporală	– actuală şi anterioară – modul în care pacientul percepe valorile obţinute, raportate şi la înălţime
Starea de nutriţie	– semne şi simptome caracteristice în: – obezitate – caşexie – deshidratare
Dificultăţi în alimentare	– incapacitate de a tăia alimentele, de a bea, de a duce alimentele sau lichidele la gură – deglutiţie dificilă – masticaţie inadecvată – factori care determină aceste dificultăţi

NEVOIA DE A ELIMINA

Repere stabilite	*Informaţii de obţinut, întrebări ajutătoare*
Mod de eliminare	– urina: – micţiuni (număr, ritm) – cantitate, caracteristici – materii fecale: – defecaţie (frecvenţă, orar) – cantitate, caracteristici – transpiraţie: – caracteristici – menstră: – ritm, durată, evoluţie – caracteristici – tulburări prezente şi factori care le determină
Greutate corporală	– valoarea actuală raportată la cea anterioară, pentru a sesiza diferenţa
Motilitate gastro-intestinală	– zgomote intestinale – meteorism abdominal – flatulenţă – tenesme
Semne şi simptome prezente	– dureri abdominale – semne de deshidratare – vărsături – evacuare involuntară de urină şi scaun – glob vezical
Atitudinea pacientului	– necesitatea intimităţii – neadaptare la utilizarea echipamentului sanitar (ploscă, urinar, bazinet)

NEVOIA DE A SE MIŞCA ŞI A AVEA O BUNĂ POSTURĂ

Repere stabilite	*Informaţii de obţinut, întrebări ajutătoare*
Sistemul osteoarticular şi muscular	– integritate – amplitudinea mişcărilor – mobilitate articulară – forţă musculară
Mersul	– mod de deplasare: – singur – cu mijloace auxiliare (baston, cârjă, cadru)
Echilibrul	– gradul de stabilitate în timpul deplasării sau al mişcărilor
Poziţia corpului şi membrelor	– atitudini în funcţie de viciile de conformaţie şi de mişcările efectuate
Mobilizare	– capacitate de a se transfera de pe o suprafaţă pe alta – dificultăţi în adoptarea unor poziţii (durere, rigiditate, oboseală, slăbiciune)
Efectele imobilizării	a. fizice: – musculo-scheletice – gastrointestinale – respiratorii – urinare b. psiho-sociale: – depresia – modificări de comportament

NEVOIA DE A DORMI ŞI A SE ODIHNI

Repere stabilite	*Informaţii de obţinut, întrebări ajutătoare*
Obişnuinţe de somn	– durata somnului în 24 de ore – mod de alternare a ritmului somn-veghe – capacitate de adormire, eventuale „ritmuri" folosite – calitatea somnului – dacă pacientul cunoaşte necesităţile de somn ale organismului
Manifestări ale tulburărilor de somn	– treziri frecvente – coşmaruri – aţipiri în timpul zilei – oboseală – dificultate de concentrare în timpul zilei – irascibilitate – ochi încercănaţi – tremurături ale mâinilor – scăderea memoriei

Factori care pot influența somnul	– suprasolicitare senzorială – mediu necunoscut – durere – efort fizic – stres emoțional – medicamente
Măsuri de ameliorare	– metode utilizate: – masaj – relaxare – medicamente – efectul avut

NEVOIA DE A SE ÎMBRĂCA ȘI DEZBRĂCA

Repere stabilite	*Informații de obținut, întrebări ajutătoare*
Capacitatea de a se îmbrăca/dezbrăca	– este capabil să o facă singur – o face parțial – necesită ajutor – refuză să se îmbrace/dezbrace
Atitudinea față de ținuta vestimentară	– semnificația vestimentației – gusturi – alegerea vestimentației în funcție de circumstanțe – aspectul ținutei – interes pentru o ținută curată, adecvată – factori care influențează un anumit comportament

NEVOIA DE A-ȘI MENȚINE TEMPERATURA CORPULUI ÎN LIMITE NORMALE

Repere stabilite	*Informații de obținut, întrebări ajutătoare*
Temperatura corpului	– valoarea temperaturii dimineața și seara – interpretarea curbei termice
Adaptarea comportamentului	– la temperaturi scăzute: – se îmbracă bine – se refugiază în mediu cald – crește activitatea musculară – bea lichide calde – la temperaturi ridicate: – încetează activitatea – utilizează ventilatoare – baie, duș cu apă mai rece – refugiu în loc mai răcoros – bea lichide reci
Semne și simptome	a. hipertermie: – cefalee – convulsii – deshidratare – oboseală – frisoane – diaforeză – tahicardie – tahipnee b. hipotermie: – piele rece – bradicardie – bradipnee – confuzie – paloare – oligurie

NEVOIA DE A FI CURAT, ÎNGRIJIT ȘI A PROTEJA TEGUMENTELE ȘI MUCOASELELE

Repere stabilite	*Informații de obținut, întrebări ajutătoare*
Pielea	– colorație – turgor – umiditate – integritate: – fără leziuni – leziuni prezente (tip, caracteristici) – prurit – mod de îngrijire (baie, duș, utilizarea de creme emoliente etc.)
Cavitatea bucală	– igiena cavității bucale: – când? cum? cu ce?
Părul	– aspect – modificările pilozităților – mod de îngrijire
Unghii	– formă – consistență – culoare – mod de îngrijire
Atitudine față de îngrijirile igienice	– preocupare – expresia dezinteresului față de îngrijirile igienice – neglijență în efectuarea îngrijirilor igienice – exces de pudoare – îngrijiri repetate și nejustificate – refuz de a se îngriji
Dificultăți în efectuarea îngrijirilor igienice	– mod de manifestare (incapacitate sau dificultate de a-și spăla tegumentele, de a-și tăia unghiile, de a-și spăla părul, de a-și rade barba etc.) – factori care determină aceste dificultăți
Cunoștințele pacientului	– dacă cunoaște scopul îngrijirilor igienice și importanța lor pentru menținerea sănătății

NEVOIA DE A EVITA PERICOLELE

Repere stabilite	*Informaţii de obţinut, întrebări ajutătoare*
Aprecierea riscului de accidentare	– stadiul de dezvoltare al pacientului – mod de viaţă: – lumină necorespunzătoare – dezordine la domiciliu şi loc de muncă – mediu poluat – condus maşina cu viteză excesivă – lipsă de somn – alimentaţie necorespunzătoare – percepţia senzorială: – deficienţe de auz, văz – alterarea simţului olfactiv, gustativ, tactil – mobilitate – durere – stare emoţională – grad de conştienţă – lipsa de cunoştinţe despre securitate: – cunoaşterea modului de prevenire a accidentelor casnice – cunoaşterea regulilor de circulaţie – cunoaşterea măsurilor de protecţia muncii – în mediul spitalicesc: – intervenţii (nerespectarea dozei, a căii de administrare a medicamentelor) – nerespectarea măsurilor de asepsie – nesupravegherea pacientului după o tehnică – aplicaţii calde prelungite şi la temperaturi ridicate
Atitudinea pacientului	– neglijenţă în satisfacerea nevoilor şi menţinerea sănătăţii – neutilizarea serviciilor de sănătate – refuzul tratamentului – neutilizarea mijloacelor de securitate – violenţa

NEVOIA DE A COMUNICA

Repere stabilite	*Informaţii de obţinut, întrebări ajutătoare*
Capacitate senzorială	– integritatea, diminuarea sau absenţa reacţiilor senzoriale (văz, auz, gust, miros, pipăit) – utilizarea protezelor auditive: – permanent sau cu intermitenţă? – corectarea viciilor de refracţie cu ochelari: – acceptul sau refuzul de a purta ochelari
Comunicare verbală	– limba vorbită – mod de exprimare: – limbaj adecvat – coerenţă – ritm – intonaţie (dacă e în concordanţă cu semnificaţia mesajului) – obstacole în dezvoltarea limbajului (diminuare de stimuli) – scris: – posibil sau nu – inteligibil, neinteligibil
Comunicare nonverbală	– expresii faciale: – ce exprimă: teamă, dezgust, bucurie, mânie, durere – gesturi: – sunt sau nu în concordanţă cu mesajul verbal
Dorinţa de a comunica	– modul în care pacientul comunică cu membrii familiei, anturajul, echipa de îngrijire – exprimarea sentimentelor şi emoţiilor – atitudinea de receptivitate
Percepţia mesajului	– măsura în care este în concordanţă cu realitatea
Starea mentală	– orientare în timp şi spaţiu: „Ştiţi unde vă aflaţi?" „Ştiţi ce zi este astăzi?" – capacitate de concentrare – memorie „Vă amintiţi când vi s-a efectuat ultimul examen oftalmologic?"

NEVOIA DE A ACŢIONA CONFORM PROPRIILOR CONGINERI ŞI VALORI, DE A PRACTICA RELIGIA

Repere stabilite	*Informaţii de obţinut, întrebări ajutătoare*
Comportamente şi atitudini	– participarea la serviciul religios – citirea cărţilor religioase – respectarea restricţiilor impuse de religie – exprimarea conflictului între credinţa sa şi practica medicală – solicitarea asistenţei spirituale în anumite momente – autoacuzaţii – perceperea bolii ca pe o pedeapsă
Implicaţii asupra îngrijirilor determinate de:	– refuzul asistenţei medicale calificate – neacceptarea unor proceduri

NEVOIA DE A FI PREOCUPAT ÎN VEDEREA REALIZĂRII

Repere stabilite	*Informaţii de obţinut, întrebări ajutătoare*
Performanţa rolului	– rolul asumat în familie, societate, profesie şi importanţa lui pentru pacient – modul în care este capabil să-l îndeplinească – factori care influenţează performanţa rolului
Atitudinea pacientului	– solicitarea şi acceptarea ajutorului – recunoaşterea progreselor – participarea la îngrijiri – comportament (agresiv) – capacitate de a lua decizii – exprimarea dificultăţii de a îndeplini un rol (apatie, tristeţe, descurajare etc.) – exprimarea unui conflict între percepţia unui rol şi exigenţele celorlalţi (frustrare în raport cu obligaţiile impuse de rol)

NEVOIA DE A SE RECREA

Repere stabilite	*Informaţii de obţinut, întrebări ajutătoare*
Obiceiuri de a se recrea	– tipul activităţilor – frecvenţa – mod de organizare – efectul activităţilor: – destindere – satisfacţie – plăcere
Reacţiile pacientului faţă de activităţi recreative	– incapacitate de a efectua activităţi recreative – interes – dezinteres – indiferenţă – factori care determină aceste atitudini

NEVOIA DE A ÎNVĂŢA CUM SĂ-ŞI PĂSTREZE SĂNĂTATEA

Repere stabilite	*Informaţii de obţinut, întrebări ajutătoare*
Nivelul actual de cunoştinţe	– ce ştie pacientul despre starea de sănătate actuală, tratament, consecinţe
Voinţa de a învăţa	– câmpul atenţiei – tendinţa de a pune întrebări, de a se informa – capacitate de concentrare când i se pun întrebări – factori care motivează învăţarea: Ex. „Doriţi să aflaţi care sunt factorii de risc în afecţiunile respiratorii?" „Doriţi să învăţaţi modul de schimbare a setului pentru colostomie?" „Doriţi să discutaţi cu pacienţi care au o evoluţie bună?" „Doriţi să citiţi reviste, un articol?" „Doriţi să-mi puneţi întrebări?" „Doriţi să vă demonstrez...?"
Capacitatea de a învăţa	– expresia înţelegerii informaţiei – modul de dobândire a noi comportamente
Resurse de învăţare	– dorinţa pacientului de a face familia să participe la programul educaţional – resurse (financiare, materiale şi material didactic) de care dispune pacientul la domiciliu
Factori care influenţează învăţarea	– mediu – prezenţa surselor de distragere a atenţiei – forţa fizică, mişcările, coordonarea – prezenţa deficitelor senzoriale

ANEXA NR. 2

LISTA DE PROBLEME CU MANIFESTĂRILE DE DEPENDENȚĂ CORESPUNZĂTOARE FIECĂREI NEVOI

După modelul conceput de Virginia Henderson

Extras din „Répertoire des diagnostics infirmiers selon V. Henderson"

Nevoia	Probleme	Manifestări de dependență
1	2	3
1. A respira și a avea o bună circulație	a) Alterarea vocii	– Afonie – Voce răgușită – Stingerea vocii – Voce răgușită, aspră
	b) Dispnee	– Apnee – Bradipnee – Cianoza buzelor, unghiilor, tegumentelor – Tăierea respirației (gâfâială) – Modificarea amplitudinii respirației superficiale sau profunde – Senzație de sufocare – Tahipnee – Tiraj supra- sau substernal
	c) Obstrucția căilor respiratorii	– Dificultate sau incapacitate de a respira – Secreții dense sau abundente ori ambele – Tuse: uscată, frecventă, persistentă, quintoasă
2. A bea și a mânca	a) Alimentație exagerată cantitativ și calitativ	– Bulimie – Hidratare exagerată cantitativ și calitativ (alcool, cafea, ceai) – Ingestie de alimente ce depășesc nevoile organismului – Ingestie de lichide ce depășesc nevoile organismului – Greutate peste normal – Polifagie
	b) Alimentație insuficientă cantitativ și calitativ	– Hidratare insuficientă cantitativ și calitativ – Inapetență – Ingestie de alimente ce nu satisfac nevoile organismului – Ingestie de lichide ce nu satisfac nevoile organismului – Greutate inferioară normalului
	c) Dificultate sau incapacitate de a se alimenta și a se hidrata	– Dificultatea de a înghiți – Dificultatea de a digera – Dificultatea de a mesteca – Incapacitatea de a folosi ustensilele pentru a se alimenta

1	2	3
	d) Dificultate sau refuz de a urma dieta	– Băutul lichidelor interzise – Mâncatul alimentelor interzise – Omisiuni ale meselor – Mese neechilibrate
	e) Grețuri sau vărsături sau ambele	– Efort pentru a voma – Hematemeză – Regurgitație – Vărsături alimentare biliare sau cu mucozități
	f) Refuz de a se alimenta sau hidrata ori ambele	– Nu vrea să bea nici un lichid – Nu vrea să mănânce nici o mâncare
3. A elimina	a) Constipația	– Absența scaunului de mai multe zile – Balonare – Crampe abdominale – Dificultate în a defeca – Fecalom – Scaune tari și puțin frecvente – Temesme
	b) Deshidratare	– Dezorientare mentală – Letargie (inactivitate totală) – Grețuri – Oligurie – Pierdere în greutate – Uscăciunea pielii și a mucoaselor – Tahicardie – Urină de culoarea chihlimbarului – Vărsături – Sete
	c) Diaforeza	– Transpirații abundente: axilă, abdomen, frunte sau alte părți ale corpului
	d) Diaree	– Colici abdominale – Colorație anormală a scaunului – Crampe abdominale – Scaune lichide și frecvente (a specifica)
	e) Scurgeri menstruale sau vaginale neadecvate cantitativ și calitativ	– Amenoree – Crampe abdominale – Dismenoree – Menoragie – Metroragie – Pierderi și scurgeri vaginale (a se specifica colorația, mirosul, cantitatea)
	f) Eliminarea urinară insuficientă cantitativ și calitativ	– Dificultatea de a urina – Durere la micțiune – Retenție urinară – Urina tulbure sau concentrată

1	2	3
	g) Incontinență de fecale sau urină sau ambele	- Pierderi involuntare de materii fecale - Pierderi involuntare de urină - Enurezis
4. A se mişca şi a avea o bună postură	a) Alterarea ritmului cardiac şi a circulației	- Bradicardie - Edeme ale țesuturilor (localizare, caracteristici) - Palpitații - Piele rece sau piele caldă - Piele cianozată, palidă, roşie - Furnicături şi amorțirea extremităților - Tahicardie
	b) Hiperactivitate	- Limbaj precipitat - Manie - Mişcări repezite şi frecvente - Vorbire multă
	c) Imobilitate	- Absența activităților fizice - Crampe musculare - Dificultatea sau incapacitatea de a se mobiliza, a se spăla, a se aşeza, a merge - Limitarea amplitudinii mişcărilor - Restricția mobilității
	d) Necoordonarea mişcărilor	- Dificultatea de a trece din poziția „în picioare" în poziția „aşezat" - Tremurături ale capului sau ale membrelor
	e) Postură neadecvată	- Dificultatea de a rămâne în poziție funcțională - Aliniere greşită a membrelor - Poziție neadecvată (chircită) - A sta jos timp îndelungat - A sta în picioare timp îndelungat
	f) Refuzul de a face activități	- Nu participă la nici o activitate - Nu vrea să facă nici un exercițiu - Reticență în a încerca să efectueze mişcări
5. A dormi şi a se odihni	a) Dificultatea sau incapacitatea de a se odihni	- Ore de odihnă insuficiente - Nu-şi acordă nici o perioadă de odihnă - Cantitate necorespunzătoare de odihnă
	b) Epuizare	- Descurajare - Agresivitate - Slăbire - Apatie - Astenie - Bradicardie - Aspect palid - Slăbiciune - Oboseală

1	2	3
		– Hipertensiune – Nelinişte – Iritabilitate – Plictiseală – Reacții psihosomatice – Ochi încercănați
	c) Insomnia	– Dificultatea de a dormi – Ore insuficiente de somn – Trezire frecventă – Trezire timpurie – Somn agitat
6. A se îmbrăca şi dezbrăca	a) Neîndemânarea de a-şi alege hainele potrivite	– Dezinteres față de ținuta vestimentară – Port de haine neadecvate – Refuzul de a se îmbrăca şi a se dezbrăca sau ambele
	b) Neîndemânarea de a se îmbrăca şi dezbrăca	– Dezbrăcare frecventă sau continuă sau ambele – Dificultatea de a-şi păstra hainele curate – Dificultatea de a se îmbrăca şi dezbrăca
7. A menține temperatura corpului în limite normale	a) Hipertermia	– Diaforeză (transpirații abundente) – Creşterea temperaturii peste limitele normalului – Frisoane – Piele roşie şi fierbinte
	b) Hipotermia	– Piele de „găină" – Scăderea temperaturii sub limitele normalului – Amorțeli sau furnicături ale extremităților sau ambele
8. A fi curat, îngrijit şi a proteja tegumentele şi mucoasele	a) Alterarea tegumentelor şi mucoaselor	– Cruste – Eriteme – Escare – Necroză – Plagă – Pustule – Roşeață – Uscăciune – Ulcerație
	b) Dezinteres față de măsurile de igienă	– Neglijarea îndeplinirii îngrijirilor de igienă – Nu se spală – Nu se piaptănă – Refuzul de a îndeplini regulile îngrijirilor de igienă
	c) Dezinteres față de înfățişarea sa	– Neglijarea înfățişării sale – Refuzul de a se ocupa de înfățişarea sa – Ținută neglijentă, neîngrijită

1	2	3
	d) Dificultatea sau incapacitatea de a urma prescripțiile îngrijirilor de igienă	– Nu poate să urmeze prescripțiile de igienă: să se spele, să se pieptene, să-și spele dinții, să-și îngrijească unghiile
9. A evita pericolele	a) Anxietatea	– Agitație – Anticiparea evenimentelor negative – Frica – Bulversare (tulburare) – Bulimie – Temeri – Diaree – Facies crispat – Hiperventilație – Neliniște – Insomnie – Mișcări excesive – Nervozitate – Palpitații – Preocupări – Surescitare – Transpirație – Tremurături – Voce tremurătoare
	b) Durerea	– Creșterea sau micșorarea ritmului respirator – Țipăt, strigăt – Transpirații abundente – Hipotensiune sau hipertensiune – Dilatarea pupilelor – Facies crispat – Gemete – Iritabilitate – Mișcări continui – Plângeri, văicăreli – Plânsete – Tahicardie – Tahipnee
	c) Stare depresivă	– Apatie – Astenie – Slăbiciune – Idei pesimiste – Inapetență – Oboseală, plictiseală – Lipsă de interes – Reacții psihosomatice – Tristețe

1	2	3
	d) Pierderea stimei de sine	– Idei pesimiste – Incapacitatea de a lua decizii – Lipsa încrederii în sine – Reacții psihosomatice – Sentiment de inferioritate – Sentiment de devalorizare
	e) Pierderea imaginii despre sine	– Percepерea negativă a propriului corp și a funcțiilor sale – Reacții psihosomatice – Sentiment de frustrare
	f) Pierdere-separare	– Etape ale doliului: negație, furie, tocmeală, ezitare, depresie, acceptare – Plânsete – Reacții de doliu anticipat – Reacții psihosomatice – Sentiment de culpabilitate, de tristețe, de gol (vid)
	g) Frica (teama)	– Teamă nedeslușită – Temeri – Spaimă, groază – Panică – Reacții psihosomatice – Teroare
	h) Probabilitatea atingerii integrității fizice	– Consum excesiv de medicamente și droguri – Infidelitate față de tratament – Risc de accident – Risc de alergie (a specifica) – Risc de infecție sau inflamație sau ambele – Risc de intoxicație medicamentoasă – Risc de cădere sau rănire – Risc de complicații – Risc de violență față de alții – Risc de violență față de propria persoană
	i) Probabilitatea atingerii integrității psihice	– Incapacitatea de a face față agenților stresanți – Răspunsuri fizice: hipertensiune, tahicardie, transpirație etc. – Răspunsuri psihice: neliniște, neîncredere, ambivalență – Reacții de apărare față de atitudinile și comportamentele altora: exasperare, frustrare, negativism, raționalizare, respingere, violență
10. A comunica	a) Comunicare ineficientă la nivel senzomotor	– Dificultatea de a auzi – Dificultatea de a vorbi

1	2	3
		– Dificultatea de a vedea – Afazie – Bâlbâială – Dizartrie – Incapacitatea de a percepe prin pipăit – Incapacitatea de a vorbi
	b) Comunicare ineficace la nivel intelectual	– Dificultatea de a-și exprima ideile și părerile – Dificultatea de a se concentra – Dificultatea de a înțelege – Incoerență în asocierea ideilor – Neabilitate în formarea frazelor – Limbaj incoerent – Logoree
	c) Comunicare ineficace la nivel afectiv	– Apatie – Euforie – Neîncredere – Contact neadecvat cu realitatea – Dificultatea de a stabili legături semnificative – Dificultatea de a-și exprima sentimentele, dorințele, emoțiile – Dificultatea de a se exprima – Dificultatea de adaptare la sexualitate – Insatisfacție față de sexualitate – Mutism – Plâns frecvent – Căutare intensă a atenției sau a afecțiunii – Închidere în sine sau retragere
	d) Confuzie	– Absența sau diminuarea interacțiunii cu alții – Dificultatea în a recunoaște persoane, a percepe timpul, spațiul – Pierderea controlului asupra mediului fizic și uman
	e) Singurătate	– Absența scopului în viață – Aparență tristă – Expresia sentimentelor de singurătate și respingere – Izolarea de anturaj și de mediu – Izolarea de persoanele semnificative – Lipsă de interes
11. A acționa conform propriilor convingeri și valori, de a practica religia	a) Culpabilitate	– Amărăciune – Autoacuzare – Autopedepsire – Mania de a se scuza inutil – Manifestarea mâniei față de Dumnezeu
		– Perceperea bolii ca o pedeapsă – A-și face reproșuri – Sentimentul că este nedemn
	b) Dificultatea de a acționa după credințele și valorile sale	– Amărăciune – Supunere la un regim – Supunere (înrobire) la acțiuni contrare credințelor și valorilor sale – Supunere la un tratament nedorit – Supunere la o medicație – Frustrare în fața atitudinii altora
	c) Dificultatea de a participa la activități religioase	– Incapacitatea de a desfășura practici religioase – Incapacitatea de a citi documente religioase – Incapacitatea de a participa la activitățile grupului religios de care aparține – Incapacitatea de a-și practica religia – Incapacitatea de a urma cerințele religiei sale
	d) Neliniște față de semnificația propriei existențe	– Preocupare față de credințele și valorile sale – Preocupare față de semnificația suferinței – Grija față de sensul vieții și al morții
12. A fi preocupat în vederea realizării	a) Devalorizarea	– Incapacitatea de a răspunde așteptărilor altora – Incertitudine în ceea ce privește propria valoare – Sentiment de incompetență – Sentiment de respingere de către ceilalți
	b) Dificultatea de a-și asuma roluri sociale	– Incapacitatea de a se ocupa de dependenți – Incapacitatea de a-și îndeplini funcțiile legate de un rol social (a specifica) – Sentimentul de eșec
	c) Dificultatea de a se realiza	– Incapacitatea de a îndeplini activități privilegiate – Incapacitatea de a îndeplini acțiuni însemnate – Incapacitatea de a-și termina proiectele – Sentimentul de a fi incomodat de constrângeri – Sentimentul de inutilitate
	d) Neputința	– Dificultatea de a se implica într-un rol ales sau impus – Dificultatea sau incapacitatea de a controla evenimentele – Dificultatea sau incapacitatea de a lua decizii – Incapacitatea de a rezolva problemele – Refuzul ajutorului necesar
13. A se recrea	a) Dezinteres în a îndeplini activități recreative	– Diminuarea mijloacelor de interes – Neparticiparea la activități recreative – Refuzul de a participa la activități recreative

1	2	3
	b) Dificultatea sau incapacitatea de a îndeplini activități recreative	– Dificultatea de a se concentra în timpul unei activități recreative – Incapacitatea de a îndeplini o activitate avantajoasă (privilegiată)
14. A învăța cum să-și păstreze sănătatea	a) Dezinteres în a învăța	– Lipsă de interes de a învăța – Neperceperea (neînțelegerea) necesității de a învăța – Refuzul de a învăța și de a ști (a cunoaște)
	b) Dificultatea de a învăța (a se instrui)	– Dificultatea de a înțelege informația – Incapacitatea de a-și aminti informația – Interpretare proastă (rea) a informației – Performanțe neadecvate în comportamente
	c) Cunoștințe insuficiente	– Cerere de informație – Cunoștințe insuficiente asupra bolii, a măsurilor de prevenire, a diagnosticului medical, a tratamentului, a convalescenței, a satisfacerii nevoilor sale.

ANEXA NR. 3

LISTA CU DIAGNOSTICE DE ÎNGRIJIRE (PROBLEME + SURSE DE DIFICULTATE) ȘI OBIECTIVELE CORESPUNZĂTOARE FIECĂREI SITUAȚII

Extras din *„Planification des soins infirmiers. Modèle d'interventions autonome"*, Louis Grondin, R. J. Lussier, Margot Phaneuf, Lise Riopelle

NEVOIA	PROBLEME	SURSA DE DIFICULTATE POSIBILĂ	OBIECTIVE
1	2	3	4
1. A respira și a avea o bună circulație	a) Dificultate în eliberarea căilor respiratorii	Lipsa cunoașterii mijloacelor eficace de degajare și expectorație – Durere – Diminuarea mobilității	Ca pacientul: – Să expectoreze secrețiile în... ore – Să tușească în mod eficace în... ore – Să-și elibereze căile respiratorii cu minimum de dificultate în termen de... ore – Să-și elibereze căile respiratorii de secreții în termen de... zile
	b) Dificultatea în a respira	– Anxietate – Intoleranța la efortul fizic – Lipsa cunoașterii mijloacelor de control al alergiilor respiratorii – Lipsa cunoașterii mijloacelor de prevenire a alergiilor respiratorii – Prezența secrețiilor	– Să-și diminueze tahipneea în... minute – Să respire cu minimum de dificultate în termen de... ore... zile – Să respire fără dificultate în termen de... zile – Să aibă un ritm respirator regulat în... minute în termen de... ore... zile
2. A bea și a mânca	a) Alimentație neadecvată: deficit	– Anxietate – Durere – Stare depresivă	– Să crească în greutate... kg pe săptămână – Să consume gustări între mesele principale – Să ia suplimente nutritive de... ml/zi

1	2	3	4
		– Slăbiciune, oboseală – Lipsa de cunoaştere a alimentelor bogate în colesterol, vitamina C etc. (a specifica) – Singurătate	– Să ia trei mese echilibrate în termen de... zile – Să-şi crească aportul caloric de... kg/zi
	b) Alimentaţie neadecvată: surplus	– Anxietate – Obişnuinţe alimentare deficitare – Lipsa de cunoaştere a valorilor nutritive ale alimentelor şi nevoilor organismului – Singurătatea	– Să-şi diminueze aportul cotidian de alimente cu... calorii/zi – Să-şi diminueze aportul cotidian cu... porţii/zi – Să piardă în greutate... kg/săptămână – Să consume o cantitate de alimente în concordanţă cu nevoile sale energetice (activitate, vârstă, condiţii de viaţă) în termen de... zile – Să ia trei mese echilibrate în termen de... zile – Să-şi facă meniul zilnic pentru... zile
	c) Dificultate în a urma regimul (dieta)	– Obişnuinţe alimentare culturale diferite – Lipsa de cunoaştere a alimentelor permise sau interzise şi înlocuitorii regimului – Neacceptarea bolii	– Să-şi urmeze regimul în fiecare zi în termen de... zile – Să utilizeze substituenţii alimentari care respectă regimul său în termen... zile
	d) Dificultatea/incapacitatea în a se alimenta şi hidrata	– Slăbiciune/oboseală – Lipsa de cunoştinţe în utilizarea ustensilelor/aparatelor – Diminuarea mobilităţii	– Să se alimenteze utilizând ustensile/aparate adecvate în termen de... zile – Să consume alimente care se mănâncă cu mâinile (fructe, pâine, legume crude) la fiecare masă în termen de... zile – Să se alimenteze singur în termen de... zile – Să se hidrateze folosind ustensile/aparate adecvate în termen de... zile – Să se hidrateze singur în termen de... zile
	e) Hidratare excesivă cantitativ şi calitativ	– Anxietate – Stare depresivă	– Să bea... ml de... în... ore – Să diminueze cantitatea de... ml la... ml în termen de ... zile

1	2	3	4
		– Lipsa de cunoaştere a efectelor nocive a anumitor lichide asupra organismului – Singurătate	– Să diminueze ingestia de lichide fără conţinut nutritiv la... ml/zi
	f) Hidratare neadecvată deficit:	– Obişnuinţa de hidratare deficientă – Lipsa de cunoaştere a nevoilor în hidratarea organismului	– Să-şi crească hidratarea la... ml/zi – Să bea.. ml de... în... ore – Să aibă mucoasele umede în termen de... zile
	g) Greţuri şi vărsături	– Anxietate – Obişnuinţe alimentare deficitare	– Să-şi diminueze greţurile în termen de... ore – Să nu mai aibă greţuri în termen de... ore – Să-şi diminueze vărsăturile în termen de... ore – Să nu mai aibă vărsături în termen de... ore
	h) Refuzul de a se alimenta şi a se hidrata	– Stare depresivă – Lipsa de cunoaştere a nevoilor în alimentaţia şi hidratarea organismului – Singurătate	– Să-şi exprime acceptul de a bea şi a mânca în termen de... zile – Să mănânce la fiecare masă o alimentaţie care să conţină o porţie din fiecare cele 4 grupe mari de alimente în termen de... zile – Să bea... ml lichide (a specifica) în ... ore
	i) Refuzul de a urma regimul (dieta)	– Obişnuinţe alimentare culturale diferite – Lipsa de cunoaştere a alimentelor permise/interzise şi a înlocuitorilor regimului (dietei) – Neacceptarea bolii	– Să ia cel puţin o masă pe zi, respectând regimul în termen de... zile – Să-şi exprime acceptul de a urma regimul în termen de... zile
3. A elimina	a) Constipaţie	– Alimentaţie neadecvată – Anxietate – Diminuarea mobilităţii – Hidratare neadecvată – Lipsa de cunoaştere a mijloacelor eficace de eliminare – Lipsa exerciţiului fizic	– Să elimine un scaun moale în termen de... zile – Să aibă scaun fără dificultate în termen de... zile – Să îi dispară semnele de constipaţie

1	2	3	4
	b) Deshidratare	– Diaree – Lipsa cunoaşterii nevoilor de hidratare a organismului – Vărsături	– Să nu prezinte nici un semn de deshidratare în termen de... zile – Să aibă pielea suplă şi bine hidratată în termen de... zile – Să prezinte o piele fără pliuri cutanate în termen de... zile – Să aibă mucoasele şi conjunctivele umede în termen de... ore
	c) Diareea	– Anxietate – Obişnuinţe alimentare deficiente – Lipsa de cunoaştere a mijloacelor preventive şi curative ale diareei	– Să-şi diminueze scaunele diareice în termen de... zile – Să elimine un scaun de consistenţă normală în termen de... zile – Să se exprime că semnele de diaree au dispărut
	d) Incontinenţă de fecale	– Lipsa controlului sfincterului anal	– Să elimine scaunul la nevoie în bazinet – Să defece la nevoie la toaletă – Să înceteze a mai avea incontinenţă în timpul zilei în termen de... zile – Să înceteze a mai fi incontinent în termen de ... zile
	e) Incontinenţă de fecale şi urină	– Lipsa controlului sfincterelor	– Să elimine scaunul în bazinet... la toaletă... la nevoie – Să urineze în bazinet... în urinar la toaletă... la nevoie – Să nu aibă incontinenţă în termen de... zile – Să nu mai aibă incontinenţă în termen de... zile
	f) Incontinenţă urinară	– Lipsa controlului sfincterului vezical	– Să urineze în bazinet la nevoie – Să urineze la toaletă la nevoie – Să nu mai aibă incontinenţă ziua în termen de... zile – Să nu mai aibă incontinenţă în termen de... zile

1	2	3	4
	g) Retenţie urinară	– Proces infecţios/inflamator	– Să urineze ... ml/în ... ore în fiecare zi – Să-şi golească vezica la fiecare micţiune în termen de... zile
4. A se mişca şi a avea o bună postură	a) Circulaţie neadecvată	– Diminuarea mobilităţii – Lipsa de cunoaştere a mijloacelor de ameliorare a circulaţiei	– Să prezinte puls periferic bine bătut în termen de ... zile – Să prezinte extremităţi calde în termen de... zile – Să-şi exprime diminuarea durerii în termen de ... zile – Să-şi diminueze edemele membrelor inferioare cu ... cm în termen de ... zile – Să-şi exprime absenţa durerii în termen de ... zile – Să-şi exprime diminuarea senzaţiei de greutate şi de inconfort în termen de... zile
	b) Dificultate/incapacitate în a se mişca	– Durere – Oboseală/slăbiciune – Lipsa de cunoaştere a tehnicilor mobilizării	– Să stea aşezat fără ajutor... minute... ore – Să se ridice singur... minute... ore – Să meargă singur cu ajutorul: – unui baston... minute... ore – unei cârje... minute... ore – unui cadru... minute... ore
	c) Edeme ale membrelor	– Circulaţie neadecvată – Lipsa de cunoaştere a mijloacelor de diminuare a edemelor	– Să-şi diminueze edemele cu... cm în termen de... zile – Să nu mai prezinte edeme în termen de... zile
	d) Refuzul de a face activităţi fizice	– Durere – Oboseală/slăbiciune, intoleranţă la efort – Lipsa interesului	– Să-şi exprime acceptul de a îndeplini anumite activităţi în termen de... zile – Să îndeplinească activităţi singur... cu ajutor... în termen de... zile – Să se ridice singur... minute... ore – Să se ridice cu ajutor ... minute... ore

1	2	3	4
			– Să meargă singur... minute... ore – Să meargă cu ajutor ... minute ... ore
5. A dormi şi a se odihni	a) Dificultate/incapacitate în a se odihni	– Anxietate – Durere – Dispnee/tuse – Lipsa de cunoaştere a mijloacelor de destindere	– Să-şi facă sieste de... ore pe zi – Să aibă activităţi de destindere la alegere în termen de ... zile – Să-şi exprime o stare de bine în termen de... zile
	b) Epuizare (istovire)	– Dificultate în a stăpâni stresul – Lipsa de cunoaştere a mijloacelor de remediere a epuizării	– Să-şi exprime diminuarea epuizării în termen de... zile – Să-i dispară epuizarea în termen de... zile – Să îndeplinească activităţi cotidiene după ritmul său şi interesele sale în termen de... zile
	c) Insomnie	– Anxietate – Durere – Stare depresivă – Lipsa de cunoaştere a mijloacelor de favorizare a somnului	– Să doarmă câte 20-30 minute în termen de... zile – Să doarmă ... ore fără întrerupere în termen de ... zile – Să doarmă fără treziri în termen de... zile – Să doarmă ... ore în fiecare noapte în termen de... zile
6. A se îmbrăca şi dezbrăca	a) Dezinteres faţă de ţinuta vestimentară	– Confuzie – Stare depresivă – Slăbiciune/oboseală	– Să-şi exprime interesul pentru a se îmbrăca în termen de... zile – Să-şi aleagă veşminte adecvate zilnic – Să se îmbrace zilnic în termen de... zile
	b) Dificultate/incapacitate în a se îmbrăca şi a se dezbrăca	– Diminuarea mobilităţii – Slăbiciune/oboseală	– Să se îmbrace/dezbrace singur în termen de... zile – Să se încalţe/descalţe singur în termen de... zile – Să-şi înnoade cravata în termen de ... zile

1	2	3	4
7. A-şi menţine temperatura corpului în limite normale	a) Hipertermie	– Lipsa de cunoaştere a mijloacelor de prevenire a efectelor căldurii – Proces infecţios/inflamator	– Să-şi diminueze temperatura cu ... grade în termen de ... zile – Să prezinte o temperatură în limite normale (36,4°C axilar, 37°C bucal, 37,6°C rectal) în termen de ... zile
	b) Hipotermie	– Mediu rece (friguros)	– Să-şi crească temperatura cu ... grad(e) în termen de ... zile – Să prezinte o temperatură în limite normale (36,4°C axilar, 37°C bucal, 37,6°C rectal) în termen de... zi (zile).
8. A fi curat, îngrijit şi a proteja tegumentele şi mucoasele	a) Alterarea mucoasei bucale	– Deshidratare – Efectele secundare ale chimioterapiei – Lipsa de cunoaştere a îngrijirilor preventive şi curative a leziunilor gurii	– Să prezinte o mucoasă bucală intactă în termen de ... zile – Să-şi diminueze leziunile mucoasei bucale în termen... zile
	b) Atingerea integrităţii tegumentelor	– Dificultatea/incapacitatea de a se mişca – Incontinenţă de fecale şi urină – Lipsa de cunoaştere a îngrijirilor preventive şi curative a leziunilor pielii	– Să prezinte o piele intactă în termen de ... zile – Să-şi diminueze leziunea de la ... cm la ... cm în termen de ... zile – Să-şi diminueze roşeaţa de la ... cm la ... cm în termen de ... zile
	c) Dezinteres faţă de măsurile de igienă	– Stare depresivă – Slăbiciune/oboseală – Perturbarea imaginii de sine	– să participe la îngrijirile sale de igienă: • să se coafeze în termen de... zile • să se spele în termen de ... zile • să se bărbierească în termen de ... zile • să-şi spele dinţii în termen de ... zile • să se machieze în termen de ... zile • să-şi îngrijească unghiile în termen de... zile – Să-şi facă singur îngrijirile de igienă în termen de ... zile

1	2	3	4
	d) Dificultate/incapacitate de a face îngrijiri de igienă	– Confuzie – Diminuarea motricității membrelor superioare – Slăbiciune/oboseală	– Să-și facă singură îngrijirile de igienă în termen de ... zile – Să se coafeze singură în termen de... zile –Să-și spele capul în termen de... zile – Să se bărbierească singur în termen de... zile – Să se machieze singură în termen de... zile – Să-și spele dinții în termen de... zile – Să-și spele protezele dentare în termen de... zile – Să-și curețe unghiile în termen de... zile – Să-și spele: – fața – pieptul – brațele – picioarele – organele genitale – Să-și curețe ochelarii în termen de... zile
	e) Refuzul de a-și face îngrijirile de igienă	– Stare depresivă – Slăbiciune/oboseală – Lipsa de interes	– Să-și exprime acceptul de a îndeplini îngrijiri de igienă în termen de... zile – Să-și facă îngrijirile de igienă în termen de... zile – Să se coafeze în termen de... zile – Să se spele pe cap în termen de... zile – Să se bărbierească în termen de... zile – Să se machieze în termen de... zile – Să-și spele dinții în termen de... zile – Să-și spele protezele dentare în termen de... zile – Să-și curețe unghiile în termen de... zile – Să-și spele: – fața – pieptul – brațele

1	2	3	4
			– picioarele – organele genitale – Să-și curețe ochelarii în termen de... zile
9. A evita pericolele	a) Anxietate moderată	– Lipsa de cunoaștere a mijloacelor ajutătoare – Amenințarea integrității fizice și/sau psihice – Neaccesibilitatea la informații	– Să-și exprime diminuarea anxietății în termen de... zile – Să-și exprime dispariția anxietății în termen de... zile – Să-și diminueze semnele anxietății în termen de... zile – Să demonstreze absența semnelor de anxietate în termen de... zile
	b) Anxietate severă extremă	– Lipsa de cunoaștere a mijloacelor de autointervenție în situații de criză ~~– Neacceptarea doliului~~	– Să-și exprime diminuarea anxietății în termen de... zile – Să demonstreze o diminuare a semnelor de anxietate în termen de... zile – Să-și diminueze anxietatea la un nivel ușor sau moderat în termen de... zile
	c) Doliul	– Reacție la pierderea unei condiții (stări), care îi făcea plăcere persoanei sau a unui lucru care îi era în stăpânire – Reacție la pierderea unei ființe dragi	– Să-și exprime sentimentele legat de pierdere în termen de... zile – Să utilizeze anumite mijloace pentru a trece de fazele doliului – Să-și exprime înțelegerea reacțiilor de doliu în termen de... zile – Să-și exprime acceptarea doliului în termen de... zile
	d) Dificultate/incapacitate de a-și păstra sănătatea	– Lipsa de cunoaștere a obiceiurilor sănătoase de viață	– Să-și exprime înțelegerea față de îngrijirile de sănătate în termen de... zile – Să-și exprime acceptarea tratamentului în termen de... zile

1	2	3	4
			– Să ia el însuși decizii legate de sănătate în termen de... zile – Să demonstreze capacitatea psihomotorie în a executa un tratament în termen de... zile – Să-și exprime interesul în ameliorarea sănătății în termen de... zile
	e) Durere acută	– Consecințele unui traumatism chirurgical sau accidental – Proces infecțios/inflamator	– Să-și exprime diminuarea durerii în ... ore – Să-și diminueze semnele durerii în ... ore – Să demonstreze absența semnelor durerii în ... ore – Să-și exprime absența durerii în ... ore
	f) Durere cronică	– Consecințele unui traumatism chirurgical sau accidental – Lipsa de cunoaștere a mijloacelor de control ale durerii – Proces infecțios/inflamator	– Să-și exprime diminuarea durerii în ... ore – Să-și exprime absența durerii în ... ore – Să-și diminueze semnele durerii în ... ore – Să demonstreze absența semnelor durerii în ... ore
	g) Stare depresivă	– Pierderea stimei de sine – Pierderea imaginii de sine – Reacție la doliu	– Să demonstreze absența semnelor stării depresive în termen de... zile – Să-și exprime diminuarea stării depresive în termen de... zile – Să-și exprime interesul pentru a îndeplini activități în termen de... zile – Să demonstreze diminuarea semnelor stării depresive în termen de... zile
	h) Perturbarea stimei de sine	– Dificultate în asumarea rolului – Neadaptarea la o criză existențială sau situațională – Sentiment de dependență	– Să-și exprime creșterea stimei de sine în termen de... zile – Să-și exprime sentimentele pozitive în termen de... zile – Să-și exprime capacitatea de a face față dificultăților în termen de... zile

392

1	2	3	4
			– Să ia decizii legate de activitățile cotidiene în termen de... zile
	i) Perturbarea imaginii despre sine	– Dificultatea de adaptare la o modificare corporală	– Să exprime sentimente pozitive legat de imaginea de sine în termen de... zile – Să-și exprime acceptul de a-și atinge partea mutilată a corpului în termen de... zile – Să-și atingă partea mutilată a corpului fără repulsie în termen de... zile
	j) Frică	– Incapacitatea de a face față realității tratamentului – Amenințarea integrității fizice și/sau psihice – Tulburări de memorie	– Să-și exprime diminuarea fricii în termen de... zile – Să-și exprime dispariția fricii în termen de... zile – Să-și diminueze semnele fricii în termen de ... zile – Să demonstreze absența semnelor fricii în termen de... zile
	k) Refuzul de a se conforma tratamentelor	– Dificultate de a se adapta la boală – Lipsa de cunoaștere a necesităților tratamentului – Perturbări ale gândirii – Frica față de mijloacele de investigație și tratament	– Să urmeze tratamentul prescris în termen de... zile – Să-și ia medicația regulat în termen de... zile – Să-și exprime acceptul de a se conforma tratamentelor în termen de... zile
	l) Risc de accident	– Confuzie – Lipsa de cunoaștere a mijloacelor de prevenire	– Să aibă mereu pielea intactă – Să nu se rănească – Să-și exprime înțelegerea măsurilor de securitate în termen de... zile – Să utilizeze corect aparatele care îl ajută în termen de... zile
	m) Riscul violenței față de alții	– Dificultatea în asumarea rolului său	– Să se abțină de la gesturi violente față de alții în termen de... zile

393

1	2	3	4
		– Tulburări de memorie	– Să se abțină de la un limbaj agresiv față de alții în termen de... zile – Să-și exprime diminuarea agresivității în termen de... zile
	n) Riscul violenței de sine însuși	– Starea depresivă – Tulburări de memorie	– Să-și exprime absența ideii de suicid în termen de... zile – Să se abțină de la gesturi de violență față de sine însuși în termen de... zile – Să fie calm în termen de... – Să-și exprime starea de destindere în termen de... zile
10. A comunica	a) Agresivitate	– Diminuarea stimei de sine – Lipsa controlului anxietății – Neadaptarea la o situație	– Să-și exprime diminuarea agresivității în termen de... zile – Să-și exprime calm sentimentele în termen de... zile – Să-și exprime capacitatea de a controla agresivitatea în termen de... zile – Să vorbească cu voce calmă în termen de... zile
	b) Atingerea integrității funcției și rolului sexual	– Conflict de valori – Insuficiență/neadaptare la un model de rol (frica legată de performanțe sexuale, pierderea atracției sexuale etc.) – Lipsa de cunoaștere a mijloacelor de a trăi sexualitatea în mod armonios – Perturbarea imaginii de sine	– Să-și exprime diminuarea neliniștii față de sexualitate în termen de... zile – Să-și exprime absența neliniștii față de sexualitate în termen de... zile
	c) Comunicare ineficace la nivel afectiv	– Anxietate – Lipsa de cunoaștere a mijloacelor eficace de a comunica	– Să comunice cu alte persoane în mod eficace în termen de... zile

1	2	3	4
		– Neadaptarea la un rol, la o situație	– Să-și împărtășească sentimentele cu alte persoane în termen de... zile – Să-și exprime încrederea față de alte persoane în termen de... zile – Să stabilească linii semnificative față de alte persoane în termen de... zile – Să-și exprime emoțiile în termen de... zile – Să-și exprime nevoile în termen de... zile
	d) Comunicare ineficace la nivel intelectual	– Confuzie – Privațiunea senzoro-perceptuală – Supraîncărcarea de stimuli – Tulburări de gândire	– Să pronunțe anumite cuvinte uzuale în termen de... zile – Să exprime clar mesajele verbale în termen de... zile – Să exprime mesajele non-verbale prin mijloace adaptate în termen de... zile – Să formuleze fraze complete în termen de... zile
	e) Comunicare ineficace la nivel senzori-motor	– Lipsa de cunoaștere a mijloacelor de a se adapta la limitele sale	– Să-și exprime nevoile prin gesturi în termen de... zile – Să utilizeze mijloace de comunicare eficace în termen de... zile – Să răspundă corect la întrebări în termen de... zile
	f) Confuzie	– Deshidratare – Lipsa stimulării senzoriale	– Să recunoască membrii personalului sanitar și membrii de familie în termen de... zile – Să recunoască membrii familiei sale în termen de... zile – Să răspundă corect la întrebări simple în termen de... zile – Să spună ziua și momentul zilei în termen de... zile – Să recunoască locul unde se află în termen de... zile

1	2	3	4
	g) Izolare socială	– Dificultatea de adaptare la o criză existențială sau situațională – Pierdere/separare	– Să-și exprime sentimentul de izolare în termen de... zile – Să inițieze o conversație cu o persoană din anturaj în termen de... zile – Să stabilească linii semnificative cu alte persoane în termen de... zile – Să participe la activități sociale la alegere în termen de... zile – Să-și exprime diminuarea sentimentului de singurătate în termen de... zile _ Să-și exprime absența sentimentului de singurătate în termen de... zile
	h) Perturbarea comunicării familiale	– Diferența de percepție a rolurilor – Dificultatea de adaptare la o problemă de situație	– Să-și manifeste întrajutorarea reciprocă în termen de... zile – Să-și exprime ameliorarea comunicării familiale în termen de... zile
11. A acționa conform propriilor convingeri și valori, de a practica religia	a) Dificultate de a acționa după credințe și după valori	– Apartenența la o cultură, religie diferită – Neadaptarea la un rol nou, conflict de roluri	– Să îndeplinească acțiuni după sistemul său de valori în termen de... zile – Să îndeplinească activități religioase la alegere în termen de... zile – Să-și exprime rezolvarea conflictului în termen de... zile
	b) Neliniște (îngrijorare) față de semnificația propriei existențe	– Neacceptarea bolii – Frica de moarte	– Să-și exprime diminuarea dezordinii în termen de... zile – Să-și exprime absența dezordinii în termen de... zile
	c) Sentiment de culpabilitate	– Neadaptarea la un rol nou/conflict de roluri – Reacție la doliu – Refuzul de a se conforma tratamentelor	– Să-și exprime sentimentele de culpabilitate în termen de... zile – Să-și exprime diminuarea culpabilității în termen de... zile

1	2	3	4
12. A fi preocupat în vederea realizării	a) Dificultatea de a-și asuma rolul	– Stare depresivă – Neacceptarea bolii	– Să-și exprime satisfacția față de performanțele sale în îndeplinirea sarcinilor în termen de... zile – Să-și exprime acceptul în îndeplinirea sarcinilor legate de un rol în termen de... zile – Să îndeplinească sarcini legate de rolul său în termen de... zile
	b) Dificultatea de a se realiza	– Perturbarea stimei de sine – Singurătate	– Să participe la o activitate la alegere în termen de... zile – Să-și exprime interesul în îndeplinirea activităților la alegere în termen de... zile
	c) Sentiment de neputință	– Neadaptarea la o criză situațională sau existențială – Incapacitatea de a se adapta la realitate (boală incurabilă, fază terminală) – Insatisfacție relativă la sistemul de îngrijiri – Lipsa de cunoaștere a stării sale de sănătate și a tratamentelor	– Să-și exprime nevoile în termen de... zile – Să-și exprime diminuarea neputinței în termen de... zile – Să-și exprime controlul situației în termen de... zile – Să îndeplinească activități la alegere în termen de... zile – Să ia decizii pentru organizarea activităților în termen de... zile
13. A se recrea	a) Dezinteres în a îndeplini activități recreative	– Durere – Stare depresivă – Slăbiciune/oboseală	– Să-și exprime interesul în îndeplinirea activităților recreative în termen de... zile – Să participe în fiecare zi la activități recreative în termen de... zile
	b) Dificultate/incapacitate în a îndeplini activități recreative	– Durere – Dispnee/intoleranță la efort – Slăbiciune/oboseală	– Să participe la activități de ... ori pe săptămână – Să participe la o activitate la alegere în termen de... zile – Să activeze singur în termen de... zile
	c) Refuzul de a îndeplini activități recreative	– Dificultate de adaptare la o modificare a schemei corporale	– Să-și exprime acceptul de a îndeplini activități în termen de... zile

1	2	3	4
		– Durere – Dispnee/Intoleranță la efort – Slăbiciune/oboseală – Lipsă de interes	– Să îndeplinească cel puțin o activitate care-i face plăcere o dată pe săptămână
14. A învăța cum să-și păstreze sănătatea	a) Dificultatea de a învăța	– Anxietate – Limite cognitive – Limite senzoriale – Lipsa de motivație – Lipsa de pregătire psihică	– Să-și exprime înțelegerea informației primite în termen de... zile – Să dea explicații referitor la informația primită în termen de... zile
	b) Lipsa de cunoștințe	– Apartenența la o cultură diferită – Inaccesibilitatea la informație	– Să explice în termen de... zile: • boala • tratamentul medical • îngrijirile necesare (a specifica) • măsurile preventive • regimul • activități recomandate în convalescență – Să-și exprime intenția de a utiliza noile comportamente achiziționate în termen de... zile – Să-și demonstreze abilitatea în: • a îndeplini îngrijiri specifice în termen de... zile • a planifica regimurile în termen de... zile • a lua medicamentele în termen de... zile
	c) Refuzul de a învăța	– Credințe culturale diferite referitoare la sănătate – Neacceptarea bolii	– Să-și exprime interesul de a învăța în termen de... zile – Să-și exprime acceptul de a primi informații în termen de... zile

SURSE DE DIFICULTATE

Extras din „Répertoire des diagnostics infirmièrs selon V. Henderson"

1. Surse de ordin fizic

– Agresiunea sexuală
– Alimentație și hidratare insuficiente
– Alimentație săracă în reziduuri
– Zăcutul la pat
– Alergeni: păr, pene, polen, praf
– Alergie alimentară
– Alterarea mucoasei anale
– Alterarea tegumentelor, arsuri
– Alterarea tegumentelor membrelor superioare: răniri, arsuri
– Alterarea gustului și mirosului
– Anchiloză (a specifica locul)
– Atrofie musculară (a specifica locul)
– Dificultate neurologică
– Automutilare
– Bufeuri de căldură
– Schimbarea obiceiurilor alimentare
– Constipație
– Constrângeri fizice: atelă, bandă abdominală, toracică, corset ghipsat, pansament, perfuzie, ghips, proteză, tracțiune, tub
– Deficit auditiv, vizual, olfactiv, tactil
– Deficit de producere a urinii
– Deformarea articulației mâinilor
– Deformarea extremităților membrelor
– Dezgust alimentar
– Dependență la nivel de nevoi (a specifica)
– Neplăceri legate de un tratament
– Dezechilibru electrolitic, endocrin, metabolic
– Deshidratare
– Transpirații profuze
– Digestie laborioasă
– Diminuarea capacității pulmonare sau toracice, sau ambele
– Diminuarea masticației
– Diminuarea motricității
– Diminuarea salivei
– Diminuarea sensibilității tactile
– Diminuarea debitului urinar
– Diminuarea peristaltismului
– Diminuarea sistemului imunitar
– Diminuarea tonusului muscular
– Diminuarea procesului de eliminare a medicamentelor și drogurilor
– Diminuarea sau absența refluxului de deglutiție

- Diminuarea sau pierderea unei funcţii
- Efect secundar al unei medicaţii, al unui tratament
- Efort fizic: strănut, tuse
- Efort fizic: exagerat
- Străpungere dentară (dinţi îmbrăcaţi)
- Epuizare
- Ameţeală
- Slăbiciune
- Slăbirea musculaturii abdominale
- Foame exagerată
- Oboseală
- Frigiditate
- Îmbrăcăminte insuficientă
- Obiceiuri alimentare deficitare: alimente bogate în calorii, grăsimi, sare, masă grea
- Obiceiuri de hidratare deficitare: alcool, băuturi gazoase
- Obiceiuri neadecvate de igienă
- Hiperactivitate
- Hiperclorhidrie (hiperaciditate gastrică)
- Hipersensibilitate cutanată
- Hipertermie
- Imobilitate
- Imobilitatea articulaţiei: inflamaţie, edem
- Neputinţă
- Incapacitatea de a bea singur
- Incapacitatea de a procura sau a prepara alimente conform dietei
- Incapacitatea de a procura sau a prepara o alimentaţie echilibrată
- Incomoditatea
- Inconştienţă
- Incontinenţă urinară sau de fecale, ori ambele
- Necoordonarea mişcărilor
- Inflamaţia gâtului
- Inflamaţie sau iritaţie (ori ambele) a mucoasei uterine, vaginale
- Inflamaţie sau ulceraţie (ori ambele) a cavităţii bucale, a mucoasei gastrointestinale, a căilor digestive
- Ingestia de alimente acide, grase, picante
- Ingestia de alimente fermentabile
- Ingestia de alimente alterate
- Ingestia de lichide în cantitate prea mare: alcool, cofeină
- Ingestia de lichide fermentate sau fierbinţi
- Ingestia de alimente în cantitate prea mare
- Ingestia prea rapidă de alimente sau lichide
- Neîndemânarea de a utiliza un aparat: cârjă, baston, scaun rulant
- Alimentaţie insuficientă
- Mese insuficiente
- Intoxicaţie alimentară, medicamentoasă
- Iritarea mucoasei căilor respiratorii
- Leziune cutanată (specificaţi locul)
- Aşternut iritant
- Slăbire

- Malformaţie congenitală (a specifica)
- Malformaţie a membrelor superioare, a degetelor, a picioarelor (labe)
- Murdărie
- Lipsa exerciţiilor fizice
- Lipsa calciului
- Lipsa controlului sfincterelor
- Masticaţie insuficientă
- Dentiţie rea: dinţi cariaţi, lipsuri
- Modificarea circulatorie a funcţiei cardiace, a integrităţii căilor respiratorii, a căilor urinare
- Negarea nevoilor altora
- Nicturie
- Obezitate
- Obstruarea căilor respiratorii: corp străin, secreţii abundente sau vâscoase
- Mirosuri dezgustătoare
- Edeme ale membrelor (a specifica)
- Paralizie
- Paralizie cerebrală, facială, a muşchilor, laringelui sau altora
- Pierderea apetitului
- Pierderea echilibrului
- Pierderea parţială sau totală a unui membru
- Pierderea parţială sau totală a unui organ
- Poziţie neadecvată
- Prezenţa hemoroizilor
- Privare senzoro-perceptuală
- Proces infecţios sau inflamator
- Proces neoplazic
- Proteze dentare neajustate
- Proteza membrelor
- Încetinire circulatorie
- Mese copioase
- Restricţia efortului în timpul defecaţiei
- Restricţia activităţilor fizice
- Secreţii abundente sau vâscoase, sau ambele
- Sedentarism
- Sete intensă
- Spasme musculare (piloric, vezical sau altele)
- Stomie
- Substanţe iritante (hârtie, săpun, altele)
- Transpiraţii acide, fetide
- Supraîncărcarea senzoro-perceptuală
- Surplus în greutate
- Surplus de îmbrăcăminte
- Tabagism
- Toxicomanie
- Traumatisme
- Vărsături
- Travaliu (la naştere)
- Tremurături ale membrelor superioare sau inferioare, ale capului
- Uzaj abuziv de medicamente (a specifica)

2. Surse de dificultate psihologică

- Abandonarea practicilor religioase
- Absența unei persoane semnificative, a unui animal, a unui obiect sau altele
- Alcoolism
- Anorexie mentală
- Anxietate sau stres, ori ambele
- Șoc emoțional intens
- Teama de a deveni obez
- Plictiseală
- Idei de suicid
- Incapacitatea de a face față realității
- Neliniștea față de diagnostic, tratament, procedurile de diagnostic
- Lipsa interesului (a specifica)
- Lipsa de încredere în sine
- Mecanism de compensație
- Amenințarea conceptului de sine
- Nervozitate
- Neacceptarea bolii
- Pierderea stimei de sine
- Pierderea propriei imagini (amputație, obezitate, stomie, altele)
- Pierderea libertății de acțiune
- Pierdere – separare (doliu, divorț, slujbă, altele)
- Frică (a specifica)
- Preocupare (a specifica)
- Respingere
- Singurătate
- Tulburări ale gândiii: agitație, agresivitate, furie, confuzie, delir, dezorientare, halucinații, hiperactivitate, iritabilitate, manie, obsesie, pierderea memoriei, fobie

3. Surse de dificultate sociologică

- Absența prezenței persoanelor semnificative
- Absența locurilor sau mijloacelor de a practica religia
- Atitudine defavorabilă a anturajului: lipsa de respect, presiuni sociale
- Schimbarea bruscă a temperaturii ambiante
- Schimbarea modului de viață și a climatului
- Condiții de muncă neadecvate
- Credințe culturale diferite față de sănătate
- Dezorganizarea mediului familial
- Anturaj și mediu necunoscut
- Mediu neadecvat: umiditate, uscăciune, temperatură, căldură, frig, climatizare, vânt, zgomot, lumină, poluare, mirosuri și altele
- Evenimente amenințătoare: anestezie, barieră lingvistică, spitalizare, intervenție chirurgicală, boală, tratament, altele
- Exigențe socio-culturale: alăptare, ocupație, tratament etc.
- Expunere prelungită la cald, frig, umiditate
- Obiceiuri alimentare, culturale ori familiale (sau ambele) diferite sau deficitare
- Imposibilitatea de a urma dieta la serviciu

- Neadaptarea culturală
- Stimuli insuficienți
- Insuficiența resurselor financiare, familiale, sociale sau altele
- Izolare
- Murdărie în closete
- Lipsa activităților distractive în jur
- Lipsa intimității
- Lipsa de acces la closet
- Neadaptarea la un rol: convalescent, bolnav, părinte, pensionar, muncitor etc.
- Nerespectarea obiceiurilor de eliminare
- Promiscuitate
- Supraîncărcare de stimuli
- Surplus de muncă
- Protecție exagerată

4. Surse de dificultate legate de lipsa de cunoștințe

Insuficienta cunoaștere a:
- unei alimentații adecvate
- autoadministrării medicamentelor
- autocontrolului durerii
- efectului produselor farmaceutice
- mediului neadecvat
- ignorării surselor de informație
- importanței de a fi informat
- importanței hidratării
- utilizării unui aparat: baston, cârjă, scaun rulant, proteză
- utilizării medicamentelor
- neînțelegerii informației
- cantității și calității lichidelor necesare
- semnificației atitudinii altora
- situației
- noilor mijloace de comunicație
- felului de a învăța
- activităților recreative disponibile
- alimentelor permise, interzise și a substituenților dietei
- alergenilor
- nevoilor organismului
- efectelor benefice ale activității fizice
- efectelor anumitor alimente și lichide asupra inimii și a vaselor
- exercițiilor musculare
- exercițiilor respiratorii
- îndemânării de a se îmbrăca și dezbrăca
- măsurilor de igienă
- măsurilor de prevenire a frigului
- măsurilor de prevenire a diareei
- mijloacelor de prevenire (a specifica)

– mijloacelor de repaus şi destindere
– mijloacelor de rezolvare a problemelor
– mijloacelor de a se realiza
– mijloacelor eficace de a elimina
– mijloacelor eficace de a expectora
– mijloacelor de favorizare a somnului
– posturilor adecvate
– resurselor
– serviciilor oferite
– sarcinilor şi funcţiilor unui rol
– valorilor nutritive ale alimentelor
– alegerii îmbrăcămintei adecvate şi a mediului
– controlului respiraţiei
– controlului evenimentelor
– ghidului alimentar

DIAGNOSTICE DE ÎNGRIJIRE*

– Intoleranţă la activitate
– Acomodare modificată-ineficace
– Anxietate
– Alterare potenţială a temperaturii corpului (a termoreglării)
– Hipertermie
– Hipotermie
– Termoreglare alterată
– Alterarea eliminării intestinale
– Constipaţie
– Diaree
– Incontinenţă de fecale
– Alăptare ineficientă
– Diminuarea debitului cardiac
– Alterarea stării de confort
– Durere
– Durere acută
– Durere cronică
– Prurit
– Greţuri, vărsături
– Alterarea comunicării
– Alterarea comunicării verbale
– Adaptarea individuală ineficientă
– Adaptare ineficientă: reacţie de apărare
– Adaptare ineficientă: refuz, negare
– Adaptare ineficientă în cadrul familiei: • invaliditate
– Adaptare familială: • compromisă
– Conflict decizional (specificaţi)
– Sindrom potenţial de imobilitate
– Deficit în diversificarea activităţii
– Disreflexia
– Risc de disreflexie
– Alterarea dinamicii familiale (proces familial modificat)
– Oboseală
– Teamă
– Deficit de volum lichidian
– Exces de volum lichidian
– Doliu
– Doliu anticipat
– Doliu perturbat
– Alterarea procesului de creştere şi dezvoltare

*LISTE DES DIAGNOSTICS INFIRMIÈRS *Selon L.J. Carpenito – 1989. Traduction G. Déchanoz (Le diagnostic infirmièr – Témoin du rôle propre de l'infirmière)*

– Deficit în menţinerea sănătăţii
– Alterarea capacităţii de efectuare a activităţilor gospodăreşti
– Deznădejde
– Risc de infecţie
– Risc de transmitere a infecţiei
– Risc de rănire
– Risc de perturbare a orientării în spaţiu
– Risc de intoxicare
– Risc de sufocare
– Risc de traumatizare
– Deficit de cunoştinţe (specificaţi)
– Diminuarea mobilităţii fizice
– Alterarea stării de nutriţie: insuficient în raport cu nevoile organismului (subnutriţie)
– Dificultate de înghiţire
– Alterarea stării de nutriţie: risc de exces în raport cu nevoile organismului (supraalimentaţie)
– Alterarea relaţiilor (părinţi-copii)
– Conflict legat de rolul de părinte
– Reacţie posttraumatică
– Sindromul traumei violului
– Adinamie (absenţa puterii)
– Alterarea potenţială a funcţiei respiratorii
– Degajare ineficientă a căilor respiratorii
– Mod ineficient de respiraţie
– Diminuarea schimbului de gaze
– Alterarea îndeplinirii rolului propriu
– Deficit în autoîngrijire
– Deficit al capacităţii de a se alimenta
– Deficit al capacităţii de a se spăla
– Deficit al capacităţii de a se îmbrăca
– Deficit al capacităţii de folosire a toaletei
– Deficit total în autoîngrijire
– Alterarea conceptului de sine
– Alterarea imaginii corporale
– Alterarea identităţii personale
– Alterarea stimei de sine
– Perturbarea cronică a stimei de sine
– Perturbarea situaţională a stimei de sine
– Risc de a-şi face rău
– Alterarea percepţiei senzoriale (vizuală, auditivă, gustativă, tactilă, olfactivă, kinestezică)
– Alterarea obişnuinţelor sexuale
– Disfuncţie sexuală
– Alterarea modului de somn
– Izolare socială
– Alterarea relaţiilor sociale
– Suferinţă spirituală
– Alterarea procesului de gândire
– Alterarea integrităţii ţesuturilor

– Alterarea integrităţii pielii
– Alterarea mucoasei bucale
– Alterarea perfuziei tisulare periferice
– Alterarea funcţiei de eliminare a urinii
– Enurezis nonpatologic al copilului
– Incontinenţă funcţională
– Incontinenţă reflexă
– Incontinenţă din cauză de stres
– Incontinenţă totală
– Incontinenţă prin nevoie imperioasă de a urina
– Retenţie urinară
– Violenţă potenţială (îndreptată spre sine sau spre alţii).

Bibliografie

G.H. Bernard – *Manuel de soins*
A. Huber, B. Karasek-Kreutzinger – *Les techniques de soins infirmièrs*, Lamarre, Paris, 1990
Elizabeth M. Jamieson, Janice M. McCall, Rona Blythe – *Guidelines for Clinical Nursing Practices*, Churchil Livingstone, 1988
B. Kezler, Gl. Erb – *Fundamentals of nursing – concepts and procedures* – Addison – Wesley Publishing Company, 1987, California, SUA
Aurel Kaufmann – *Propedeutică și semiologie chirurgicală*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1986
Michèle Langlet – *Ergonomie et soins infirmièrs. La santé des soignants*, Editions Lamarre, Paris, 1990
Patricia A. Potter, RNMSN – Pocket Guide, Health Assessment, Mosby-Year Book, Inc. 1994
N. Radu – *Manual de anestezie și terapie intensivă*, vol. 2, Edit. Medicală, 1988
Arne Schäffer – *Ghid clinic*, Edit. Medicală SA, 1995
Mary C. Sundberg – *Fundamentals of nursing with clinical procedures* – Jones and Bartlett Publishers, Boston, SUA, 1989
Beverly Witter du Gas – *Introduction aux soins infirmièrs* – Les Editions HRW, Montréal, 1980
Letiția Morariu, Ruxandra Spătaru, Mărluca Ivan, Victoria Pulu, Florin Chiru – *Bazele teoretice și practice ale îngrijirii omului sănătos și bolnav – Nursing*
Lesie D. Atkinson și Mary Ellen Murray – *Understanding the Nursing Process*
Georgeta Baltă, Antoaneta Metaxatos, Aglaia Kyovski – *Tehnici de îngrijire generală a bolnavilor*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1983
Kate Barret – *The Nursing Process and Documentation*
Patricia G. Beare, Judith L. Myars – *Adult Health Nursing* – The C.V. Mosby Company, 1990
Marie Bonvalot, *Le vocabulaire médical de base, Etude par l'étymologie, vol. I, II;* Editeur OIP, Paris, 1978
C. Bonundel – *Manual de medicină internă pentru asistenți medicali*, Editura Medicală, București, 1974
Brunner – Suddarth – *Soins infirmièrs en médecine – chirurgie*, Editions du Renouveau Pédagogique Inc.
Lynda Juall Carpenito – *Diagnostic infirmièr*, MEDSI
Lynda Juall Carpenito – *Handbook of nursing diagnostics 1989-1990* – J. B. Lippincott Company Philadelphia
Marie-Noëlle Champion Daviller și colaboratorii – *Le dossier de soins*, Edit. Lamarre, 1990
*** *Cours de nursing chirurgical* – M. Geurts, Madame Vanndendanche Institut Jeanne d'Arc – Tournai
Ruth F. Craven and Constance J. Hirnie – *Study Guide to Accompany Fundamentals of Nursing*, Copyright 1992 by J.B. Lippincott Company
Catherine Duboys, Cecile Boisvert, Geneviève Dechanoz, Lisette Casellet – *Le diagnostic infirmièr – Témoin du rôle propre de l'infirmière*, Amiec Cahier no 12
*** *Documentație – Atelierul-curs „Procesul de nursing"*, traducere Gabriela Bocec, Techirghiol, mai, 1989
*** *Documentație – de la I.C.N. – privind Reglementări* (traducere Gabriela Bocec)

Leonard Domnișoru – *Compendiu de medicină internă*, Editura Științifică, București, 1994
Paul Eshleman, *M.B.A.* Președinte Inspirational Films
Adam Evelyn – *Être infirmière*, Les Editions HRW, Montréal, 1979
Louise Grondin, M. Ed, Rita J. Lussier M.S., Margot Phaneuf M.A., MEd, Lise Riopelle, M.N., – *Planification des soins infirmièrs, modèle d'intervention autonome*, Les Editions de la Chenelière Inc. Montréal, Québec
Virginia Henderson – *Principii fundamentale ale îngrijirii bolnavului*, Copenhaga – Danemarca, 1991
Virginia Henderson – *Principii de bază a îngrijirii persoanei sănătoase/bolnave – nursing*, Societatea Personalului Sanitar din România
Nelson Hinkson, director, Eastern European Affairs, *New Life 2000*, noiembrie, 1993
G. Ionescu Amza – *Vademecum terapeutic*, Editura Medicală, București, 1973
Claire B. Keane – *Essentials of Medical – Surgical Nursing* – W.B. Saunders Company – Philadelphia
Manuila L. și colaboratorii – *Dictionnaire médical*, Editura Masson, 1992
M. Mihăilescu – *Chirurgie pentru cadre medii*, Editura Medicală, 1991
Iulian Mincu – *Manual de dietetică pentru cadre medii*, Editura Medicală, București, 1973
I. Mincu – *Alimentația rațională a omului sănătos și bolnav*, Editura Medicală, București, 1975
C. Mozeș – *Tehnica îngrijirii bolnavului*, Editura Medicală, 1978
C. Păunescu – *Medicină internă (manual pentru Școala sanitară de asistente medicale)*, Editura Medicală, 1960
Margot Phaneuf – *Soins infirmièrs – la démarche scientifique, orientation vers le diagnostic infirmièr*, 1986, Montréal, Mc. Graw-Hill
Acad. Eugen Pora – *Dicționarul sănătății*, Editura Albatros, București, 1978
V. Predescu – *Psihiatrie*, Editura Medicală, 1989
Programe de continuare a educației, Baylon University Center, 1992
L. Popoviciu – *Somnul normal și patologic*, Editura Medicală, 1972
Paul Popescu Neveanu – *Psihologie*, Editura Didactică și Pedagogică, 1990
E. Proca – *Tratat de patologie chirurgicală*, Editura Medicală
Riopelle L., Leduc-Lalonde – *Individualisation des soins infirmièrs – modèle conceptuel*, Montréal, Mc. Graw-Hill, 1982
Riopelle L., Grondin L., Phaneuf M. – *Soins infirmièrs: un modèle centré sur les besoins de la personne*, Montréal, Mc. Graw-Hill, 1984
Riopelle L., Louise Grondin, Margot Phaneuf – *Répertoir des diagnostics infirmièrs selon Virginia Henderson*, Montréal, Mc. Graw-Hill
Revista „Psihologie" nr. 2, 5/1994
*** Revue de l'infirmière nr. 3/1987 și nr. 9/1987
I. Safta – *Cultul sănătății*, Editura Sport-turism, 1980
P. Simînică – *Patologie chirurgicală și mică chirurgie*, Editura Medicală, 1974
T. Șerbănescu – *Neurologie, psihiatrie pentru cadre medii*, Editura Medicală, 1978
V. Țârcovnicu – *Pedagogie generală*, Editura Facla, 1975
Lucreția Titircă – *Breviar de explorări funcționale și de îngrijiri speciale acordate bolnavilor*, Editura „Viața Medicală Românească", 1994
Lucreția Titircă – *Urgențe medico-chirurgicale*, Editura Medicală, București, 1993

Cuprins